

Hemşirelikte Değer ve Bakımda Temel Yaklaşımlar

Editör

Fatma BİRGİLİ

BİDGE Yayınları

Hemşirelikte Değer ve Bakımda Temel Yaklaşımlar

Editör: Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

ISBN: 978-625-372-433-7

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



ÖNSÖZ

Değerli okurlar; Hemşirelikte değer ve hastalıklarda bakım alanında farklı kategorilerde, “**Hemşirelikte Değer ve Bakımda Temel Yaklaşımlar**” isimli kitabımız güncel konuları içermektedir. Bu kitabımız hemşirelik esasları, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında uzman akademisyenler tarafından yazılmıştır. Her bölümde yazarlar kendi alanındaki teorik bilgilerini kendi çalışmaları ve ayrıntılı bir literatür bilgisiyle oluşturarak sunmuşlar, siz değerli okuyuculara sunmuşlardır. Her bölümde kendi alanı ile ilgili güncel bilgilere ulaşabileceksiniz. İnsan ve toplum sağlığının korunmasında çok önemli sorumlulukları olan hemşirelerin kendi alanında son yıllarda meydana gelen teknolojik ve bilimsel inovatif gelişmeleri takip etmesi gerekmektedir. Bu kitapta hemşirelik bakımında meydana gelen son gelişmelerin sunulması amaçlanmıştır. Bu bilgilerin özellikle yeni adım atmış bilim insanlarına yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, emeği geçen koordinatörler, hakemler, yazarlar ve yayınevine değerli katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Kitabın okuyuculara faydalı olması dileğiyle...

Editör

Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

İçindekiler

ÖNSÖZ	3
Hemşirelikte Değer Kavramı	7
Burcu NAL	7
Necibe DAĞCAN ŞAHİN	7
İbrahim TOPUZ.....	7
Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinimler: Aile Planlamasındaki Eksiklikler.....	34
Tuğba ÖZTÜRK.....	34
Diyabetli Bireylerde Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik.....	57
Yeşim BAĞCI	57
Kadına Yönelik Şiddet ve Ağrı İlişkisi	85
Tuğba ÖZTÜRK.....	85
Hemşirelik Uygulamalarında Sanal Gerçeklik	106
Burcu NAL	106
İbrahim TOPUZ.....	106
Necibe DAĞCAN ŞAHİN	106
Hemşirelik Hizmetlerinde Dönüşümsel Liderliğin Etkili Liderliğe Katkısı	118
Esra KÖSE.....	118
Sağlıkta Şiddetin Etkileri	127
Mesiya Aydın	127
Figen Çavuşoğlu.....	127
İdiyopatik Granülomatöz Mastit (İGM) Hastalarında Hemşirelik Bakımı.....	140
Havva BOZDEMİR.....	140
Seçil EKİZ ERİM.....	140

Züleyha ŞİMŞEK YABAN	140
Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışları ve Hemşirenin Rolü	157
Mehmet AĞASLAN	157
Hemşirelikte Tıbbi Kayıtlar ve Önemi	180
Merve ENGİN	180
Ayşe KACAROĞLU VİCDAN	180
Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistül Kanülasyonuna Bağlı Ağrı Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler	210
Ezgi MUTLUAY YAYLA	210
Mehmet AĞASLAN	210
Astımın Gebelikte Yönetimi: Hemşirelik Perspektifi	235
Döndü ŞANLITÜRK	235
Hemşirelikte Dönüşümcü Liderlik Esmâ Başaran	257
Esmâ Başaran	257
Yaşam Sonu Dönemde Yaşlı Bakımı	279
Mesiya AYDIN	279
Figen ÇAVUŞOĞLU	279
Morbid Obezite Cerrahisi Geçiren Hastanın Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu	295
Rabia GÖRÜCÜ	295
Nazlı CAN	295
Konjenital Kalp Hastalığı Olan Adolesanlarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Yaklaşımları	312
Tutku KIRÇI TEMİZ	312
Evrin KIZILAR	312

Ampütasyon Sonrası Fantom Hissi ve Fantom Ağrısına Hemşire Perspektifinden Bakış	327
Züleyha Şimşek Yaban.....	327
Havva BOZDEMİR.....	327
Seçil Ekiz ERİM.....	327
Yaşlılık, Göç ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	349
Hümeysra HANÇER TOK.....	349
Alzheimer Hastalığında Simülasyon Tabanlı Uygulamalar ve Yaşlı Bakımına Katkıları	360
Hümeysra HANÇER TOK.....	360
Eda KILINÇ İŞLEYEN.....	360

BÖLÜM I

Hemşirelikte Değer Kavramı

Burcu NAL¹
Necibe DAĞCAN ŞAHİN²
İbrahim TOPUZ³

Giriş

Genel olarak değerler, birey, grup ya da toplumun inandığı sosyal ilkeler, idealler ya da bir ölçüt gibi davranışlara rehberlik eden ilkeler ve kurallardır. Bir bireyin yaşamındaki gereksinimleri, sosyal ve bireysel ilişkilerindeki önem ve öncelikleri değerlerinin bir yansımasıdır (Acaroğlu, 2010).

Türk Dil Kurumu'nda (TDK) “değer” şöyle tanımlanır: Bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin değdiği

¹ Öğr.Gör. Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-9469-8651, burcu.nal@ksbu.edu.tr

² Öğr.Gör. Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-9574-0284, necibe.dagcan@ksbu.edu.tr

³ Öğr.Gör. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0003-0540-2095, ibrahim.topuz@ksbu.edu.tr

karşılık, kıymet. 2. Bir şeyin para ile ölçülebilen karşılığı, kıymet, paha. 3. Üstün nitelik, meziyet, kıymet. 4. Üstün, yararlı nitelikleri olan kimse. 5. Kişinin isteyen, gereksinim duyan bir varlık olarak nesne ile bağlantısında beliren şey. 6. Bir değişkenin veya bilinmeyenin sayı ile anlatımı. 7. Bir ulusun sahip olduğu sosyal, kültürel, ekonomik ve bilimsel değerlerini kapsayan maddi ve manevi öğelerin bütünü (Türk Dil Kurumu, 2020).

1. Değer ve İnanç Kavramı

Sıklıkla inanç ve değer terimleri birbirinin yerine kullanır. İnanç ve değerler birbiri ile ilişkili olmakla birlikte, aralarında farklılıklar vardır (Acaroğlu, 2010).

TDK inanç kelimesini şu şekilde tanımlamaktadır: Bir düşünceye gönülden bağlı bulunma:

2. Birine duyulan güven, inanma duygusu, 3. İnanılan şey, görüş, öğreti, 4. Tanrı'ya, bir dine inanma, akide, iman, itikat (TDK, 2020).

Sosyoloji terimleri sözlüğünde değer; grubun veya toplumun kendi varlık, işleyiş ve devamını sağlamak ve sürdürmek için üyelerinin çoğunluğu tarafından doğru ve gerekli oldukları kabul edilen; onların ortak duygu, düşünce, amaç ve yararlarını yansıtan genelleştirilmiş ahlaki ilke veya inançlardır. Grup veya toplumda, arzu edilen-edilmeyen; beğenilen-beğenilmeyen ve doğru olan- olmayanı belirleyen standartlar olarak işlev görürler. Grup veya toplumda, arzu edilen-edilmeyen; beğenilen-beğenilmeyen ve doğru olan - olmayanı belirleyen standartlar olarak işlev görürler. (Acaroğlu, 2010; Acaroğlu, 2014).

Değerler ile ilgili üç klasik yazar (Kluckhohn, Maslow, Rokeach), değeri, davranışa etki eden standartları belirleyen belirli

bir fikir, tutum ya da nesne hakkında kişisel bir inanç olarak tanımlamaktadır (Potter ve Perry 2013).

Rokeach değerleri, tümüyle durağan olmayan ancak tümüyle dinamik olarak da adlandırılmayacak kavramlar olarak açıklar (Çalışkur ve Aslan 2013).

Değerler, bireylerin dünya görüşünü belirleyen ve onların beğenilerini ve hoşlanmadıklarını, bakış açılarını, gereksinimleri, eğilimleri, gerçekçi ve gerçekçi olmayan yargıları ve önyargıları içeren bir kavramlar kümesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Boozaripour ve ark. 2018).

Değerler konusunun farklı disiplinlerde, hatta disiplinler içerisinde bile zaman zaman farklı yaklaşımlar çerçevesinde ele alındığı görülmektedir. Değer kavramının tanımlanmasında, kullanılacak alanın dikkate alınması önemli bir unsurdur (Çulha, 2018).

2. Değer Türleri

Değerler konusu, farklı araştırmacılar tarafından çeşitli açılardan ele alınmış ve literatürde bu konuda bir dizi sınıflandırma geliştirilmiştir. Ancak bu sınıflamaların arasında en çok kabul gören beş farklı model öne çıkmaktadır. Bu modeller, Spanger'ın Değerler Sınıflaması, Morris'in Değerler Sınıflandırması, Rokeach'ın Değerler Listesi, Kahle'nin Değerler Listesi ve Schwartz'ın Değerler Teorisini içermektedir (Çalışkur ve ark., 2012; Can, 2013).

Spanger'ın Değerler Sınıflaması (1928), değerleri altı ana grup altında sınıflandırmıştır: Kuramsal, ekonomik, estetik, sosyal, politik ve dini değerler. Her bir değer grubu, bireylerin hayatı algılama ve değer verme biçimlerini yansıtmaktadır.

-**Kuramsal değerler**, gerçeği ve eleştirel düşünceyi ön planda tutan bireylerde görülür. Bu bireyler, düşünsel ve entelektüel süreçlere değer verir.

- **Ekonomik değerler**, ise bireylerin, yaşamlarını daha verimli ve yararlı kılmaya yönelik değerlerdir; bu değerler, bedensel gereksinimlerin karşılanması ve pratik sonuçları önemser.

- **Estetik değerler**, yaşamda güzellik ve uyum arayışını ifade eder. Bu değerleri taşıyan bireyler, estetik bir yaşam ve çevreyle ilgilidir.

- **Sosyal/toplumsal değerler**, insanlara ve topluma duyulan sevgi ve yardımseverlik ile bağlantılıdır. Bu değerler, bireyleri toplumda faydalı olmayı ve başkalarına yardım etmeyi teşvik eder.

- **Politik değerler**, güç ve etki arayışıyla ilişkilidir. Bu değerleri benimseyen kişiler, toplumsal ve bireysel güç elde etmek için rekabet ederler.

-**Dini değerler** ise dini inançları ve mistik bir dünya görüşünü içerir, bireyler evreni bir bütün olarak algırlar ve dini birleştirici gücü benimserler.

“Morris’in Değerler Sınıflaması” ise üç ana grupta toplanan değerleri açıklamaktadır:

1. **Etkin değerler**, bireyin kişisel istek ve tercihleri doğrultusunda sahip olduğu değerlerdir.

2. **Kavranmış değerler**, toplum tarafından paylaşılan ve kabul gören değerlerdir.

3. Amaçsal değerler, bireylerin tercihlerinden bağımsız olarak, belirli bir nesneye veya olguya yüklenen anlamı ifade eder (Baysal, 2013).

Rokeach'ın Değerler Listesi (1973), değerleri iki ana başlıkta ele almıştır:

- **Amaçsal değerler**, bireyin yaşamında ulaşmak istediği hedefleri ifade eder (örneğin, barış, aile güvenliği, başarı, eşitlik).

- **Araçsal değerler**, bireylerin bu hedeflere ulaşmak için benimsedikleri davranış biçimlerini ve özellikleri temsil eder (örneğin, cesaret, sorumluluk, zeka) (Can, 2013; Baysal, 2013).“Kahle'nin Değerler Listesi” ise dokuz temel değeri tanımlamaktadır ve bu değerler üç ana grupta toplanmıştır:

- **İçsel değerler**, bireylerin yaşamda mutluluk ve başarı arzusunu yansıtır.

- **Dışsal değerler**, özsaygı ve güvenlik gibi dışsal unsurlara odaklanır.

- **Kişilerarası değerler**, kişisel gelişim ve yaşamdan zevk alma gibi toplumsal ilişkilerle ilgili değerleri içerir (Baysal, 2013).

Schwartz'ın Değerler Teorisi (1987), Rokeach'ın değerler sınıflandırmasını daha da genişleterek, evrensel insan gereksinimlerine dayanan 56 değer tanımlamıştır. Bu sınıflama, iki ana boyutta toplanabilir:

- **Yeniliğe açıklık**, bireyin öz yönelim, uyarım arayışı ve yaşamdan haz duyma gibi eğilimlerini kapsar.

- **Tutuculuk**, güvenlik, uyum ve gelenekselliği ifade eder.

Ayrıca, “kendini aşma” ve “kendini zenginleştirme olarak adlandırılan boyutları bulunmaktadır. Kendini aşma, evrensellik ve iyilikseverlik ile bağlantılıyken, kendini zenginleştirme, güç ve başarının peşinden gitmeyi ifade eder (Tunca, 2012; Çulha, 2018).

Sonuç olarak, bireyin yaşamını anlamlandıran ve biçimlendiren değerler, kişisel, toplumsal ve mesleki düzeyde farklı kategoriler altında toplanabilir. Bu üç ana başlık, bireylerin değer sistemlerinin şekillendiği temel alanları oluşturur (Bekleviç, 2019)

2.1. Bireysel ve Toplumsal Değerler

Bireysel ve toplumsal değerler hem bireylerin hem de toplumların yaşamını şekillendiren önemli unsurlardır. Bu değerler, bireylerin davranışlarını yönlendiren ve toplumsal yaşamı düzenleyen temel ilkeler olarak karşımıza çıkar. Aşağıda, bireysel ve toplumsal değerler üzerine yapılan çeşitli akademik açıklamaları derlemiş bir metin bulabilirsiniz.

Bireysel Değerler

Değerler, bireylerin davranışlarını düzenleyen temel ilkeler olup, bireyin yaşamında önemli bir rol oynar (Altun, 2002). Kişisel değerler, bir birey için değerli ve anlamlı olan, hayatını şekillendiren unsurlardır. Bu değerler, genellikle bireyin çocukluk döneminde, toplumdan ve aileden aldığı etkilerle şekillenir ve zaman içinde bireyin kimliğiyle bütünleşir (Can, 2013). Bireyler, kendi dini inançları, kültürel yapıları, eğitim düzeyleri ve yaşam deneyimlerinden beslenen bir değer sistemi oluştururlar. Bu değerler, bireylerin kararlarını ve davranışlarını şekillendiren bir rehber işlevi görür (Dilmaç ve diğerleri, 2008).

Bireysel değerler, aynı zamanda bireyin doğruyu, yanlış, iyiyi ve güzeli nasıl tanımladığını belirleyen bir inanç sistemidir (Köktürk, 2013). Bu inançlar, bireyin yaşamında doğru ve yanlışın ne olduğu konusunda rehberlik eder. Bireylerin, hayatlarında önemli kabul ettikleri bazı değerler genellikle bilinçli bir şekilde farkında oldukları değerlerdir. Bununla birlikte, bazı değerler davranışlarını etkileyebilir fakat birey bu değerlerin farkında olmayabilir. Ayrıca, her bireyin değerleri, aynı derecede önemli olmayabilir; bazı değerler, bireyin düşünce ve davranışlarını daha güçlü bir şekilde şekillendirirken, diğerleri daha az etki edebilir. Bu değerler, bireyin benzersiz kimliğini oluşturmada önemli bir rol oynar (Potter ve Perry, 2013).

Sosyal/Toplumsal Değerler

Toplumların birlikteliğini sağlayan en önemli unsurlardan biri, paylaşılan değerlerdir. Toplumlar, çoğunluk tarafından kabul edilen ve benimsenen değerler sayesinde şekillenir ve gelişir (Can, 2013; Çulha, 2018). Toplumsal yaşamda değerler soyut bir biçimde varlık gösterir; iyilik, dürüstlük, başarı gibi değerler, toplumda bireyler tarafından hissedilir. Bu değerler, toplumu oluşturan bireyler için neyin önemli olduğunu, doğru ve yanlışın ne olduğunu belirler ve toplumsal yaşamın nasıl olması gerektiğine dair rehberlik eder (Baysal, 2013).

Toplumsal değerler, bireylerin üstlendikleri sosyal roller aracılığıyla ifade edilir. Her toplumda belirli bir doğru-yanlış, iyi-kötü anlayışı vardır ve bu anlayış, toplumdaki sosyal rollerle birlikte şekillenir. Ayrıca, toplumda sosyal kontrol mekanizmaları ve ödüllendirme sistemlerinin de temel kaynağını toplumsal değerler oluşturur (Özensel, 2003). Değerler, toplumsal gelenekleri oluşturur

ve toplumda bir kültür yaratır. Bu kültür, evrensel değerler olan sevgi, saygı, yardımseverlik, adalet, özgürlük, birliktelik ve bütünlük gibi kavramlara dayanır (Coşkun ve Yıldırım, 2009).

Sonuç olarak, bireysel ve toplumsal değerler, bireylerin hem kişisel hem de toplumsal kimliklerini şekillendirir. Kişisel değerler, bireylerin yaşamlarını düzenlerken, toplumsal değerler, toplumsal yapıyı ve toplumdaki etkileşimleri yönlendirir. Her iki tür değer de toplumsal denetim, adalet, güven ve birliktelik gibi temel toplumsal işlevlerin sürdürülmesini sağlar.

2.3 Mesleki ve Profesyonel Değerler

Mesleki değerler, belirli bir disiplin veya meslek dalı içinde paylaşılan inançlar, davranış normları ve etik anlayışları olarak tanımlanabilir. Bu değerler, profesyonellerin mesleklerini icra ederken gösterdikleri tutum ve yaklaşımları şekillendirir. Ortak mesleki değerler, farklı kültürel ve bireysel geçmişlere sahip bireyleri bir araya getirerek, meslekle ilgili ortak bir kimlik ve ideoloji geliştirilmesine katkı sağlar (Aştı & Karadağ, 2016; Bakır, 2019). Mesleki değerler, yalnızca profesyonel pratiği etkilemekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal kabul, işbirliği ve etik standartların oluşmasına da zemin hazırlar.

Mesleki değerlerin, bireylerin profesyonel yaşamlarında nasıl davrandıkları, kararlar aldıkları ve toplumla nasıl etkileşimde bulundukları üzerinde belirleyici bir rolü vardır. Bu değerler, meslektaşlar, diğer profesyoneller ve toplumla olan ilişkilerde bir rehber işlevi görür (Göriş ve ark., 2014). Bu bağlamda mesleki değerler, meslektaşlar arası güvenin oluşturulmasında, işbirliği

ortamlarının desteklenmesinde ve meslek etiklerinin korunmasında önemli bir rol oynar.

Mesleki değerlerin gelişimi, sürekli bir süreçtir ve bireyin hayatının farklı evrelerinde çeşitli faktörlerden etkilenir. Bu faktörler arasında bireyin kişisel değer sistemi, ailesi, toplumsal yapısı, kültürel geçmişi ve çevresi yer alır. Bu değerlerin kazanılması, bireyin hayat boyu süren bir gelişim sürecine dayanır ve her birey farklı zaman dilimlerinde bu değerlerle ilgili farkındalık kazanır (Çulha, 2018). Özellikle profesyonel kimlik inşası, bireyin mesleki değerleri benimsemesiyle paralel bir şekilde ilerler. Bu nedenle mesleki değerler, bireyin kişisel değerlerinden bağımsız değil, onlarla etkileşim içinde gelişir.

Mesleki değerlerin oluşturulmasında, bağlı olunan örgüt kültürünün de önemli bir etkisi vardır. Her meslek, bağlı olduğu örgütsel çerçeve ve kültür doğrultusunda değerler seti geliştirir. Bu değerler, profesyonellerin iş yaşamlarında karşılaştıkları zorlukları nasıl ele aldıklarını, etik ikilemler karşısında nasıl davranacaklarını ve toplumsal sorumluluklarını nasıl yerine getireceklerini belirler. Mesleki değerler, sadece bireysel kararları değil, aynı zamanda örgütsel düzeyde alınan kararları da etkileyen bir çerçeve sunar (Can, 2013).

Mesleki değerler, bir mesleğin gücünü ve saygınlığını doğrudan etkileyen unsurlardır. Bir meslek, ne kadar güçlü bir değer sistemine sahipse, o kadar yüksek bir güven ve saygı kazanır. Bu değerler, meslek üyelerinin etik kurallara ve toplumsal sorumluluklarına bağlı kalarak hareket etmelerini teşvik eder, böylece toplumsal fayda sağlanır. Bu nedenle mesleki değerler,

yalnızca bireylerin değil, aynı zamanda bütün bir meslek grubunun itibarı için de hayati öneme sahiptir (Potter ve Perry 2013).

2.4 Kültürel Değerler

Kültürel değerlerin çoğu dinsel inanç ve düşüncüler ilintilidir. Bireyin yaşamında ve tercihlerinde de son derece etkili rolleri vardır (Tosun, 2016).

2.5 Kuramsal Değerler

Realist, ampirik, eleştirel düşünme ve akıl yürütmeye önem veren kişilere ait değerlerdir (Tosun, 2016).

2.6 Estetik Değerler

Bu değerlere sahip kişi, öncelikle yaşamında ve bulunduğu ortamda güzellik, biçim ve uyum/ahenk üzerinde durur. Her bir yaşantıyı, zarafet, simetri ve uygunluk açısından değerlendirir. Her türlü izlenimden, zevk alır. Birey yaratıcı bir artist olmak ihtiyacında değildir. Bireycilik ve kendi kendine yeterlilik en önemli özelliklerindendir. Kuramsal değer nitelikleri ile tamamen zıttır (Acaroğlu, 2010; Tosun, 2016).

2.7 Politik Değerler

Güce ve erke önem veren kişilerin değerleridir. Her şeyin üstünde kişisel güç, etki ve şöhret arar. Bu gruptaki değerleri öncelikli olan kişiler, siyasete girmese bile politik bir kimse olarak bilinir (Tosun, 2016).

2.8 Dini Değerler

Din, birçok toplumda birleştirici bir güç olarak kabul edilmekte ve bireylerin toplumsal bağlarını güçlendiren önemli bir öge olarak öne çıkmaktadır. Din, bireylerin kendilerini yalnızca

bireysel varlıklar olarak değil, daha büyük bir bütünün parçası olarak görmelerini sağlayan bir anlayışa sahiptir. Bu bağlamda, dinin etkisi altında olan bireyler, evreni bir bütünlük içinde algırlar. Bu bütünlük, onların hayatlarını anlamlandırmalarına ve günlük yaşamlarıyla ilgili daha derin bir farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur.

Dini değerlere sıkı sıkıya bağlı olan bir kişi, yaşamını ve dünyayı, mutlak bir gerçeğe ulaşma arayışı içinde değerlendirebilir. Böyle bir kişi için dini anlayış, sadece dünyevi tatmin ve başarılarla sınırlı olmayıp, daha çok ruhsal bir doyum ve manevi bir tatmin arzusunu da beraberinde getirir. Bu bireyler, mistik deneyimlere ve dini yaşantılara ilgi duyarlar çünkü bunlar, onların ruhsal ve manevi gelişimleri açısından önemli bir rol oynar. Mistik pratikler ve öğretiler, bazen bireylerin daha yüksek bir gerçeklik arayışına girmesine, dünya ile ilişkilerini ve kendi iç dünyalarını derinlemesine incelemelerine olanak tanır.

Dinsel doyum elde etmek için bazen bireyler, yaşamın diğer somut olanaklarını göz ardı edebilirler. Bu, onların dünyevi yaşamdan ve maddi tatminlerden ziyade, manevi değerlere ve ruhsal doyuma odaklanmalarını sağlayan bir eğilimdir. Bu tür bir yaşam anlayışında, bireylerin manevi huzur ve içsel dengeye ulaşmak için bazen dünyanın sunduğu dünyevi zevkleri ve materyalist değerleri bir kenara bırakmaları söz konusu olabilir. Sonuç olarak, din, bireylerin yaşamlarını şekillendirirken, bazen onları yalnızca dünyevi ihtiyaçlar yerine, yüksek manevi hedeflere yönlendiren bir güç olarak işlev görür (Acaroğlu, 2010; Tosun, 2016).

2.9 Ekonomik Değerler

Yararlı ve pratik bir şekilde sonuca ulaşma ile ilgili değerlerdir (Tosun, 2016).

3. Değerlerin Gelişimi

Değer kavramına tarihsel süreçte baktığımızda, felsefi bir terim olarak ortaya çıkışını, ilkçağ filozoflarından Sokrat'a kadar uzandığı görülür. Bu dönemde, erdem ve ahlak kavramlarının ayrılmaz bir ögesi olarak felsefi bir kavram şeklinde ele alınmıştır (Aydın 2005). Ancak, 1960' lı yıllardan itibaren, özellikle toplumsal açıdan değer kavramı ile ilgili çalışmaların arttığını görmekteyiz (Can 2013).

Birey değerlere sahip olarak doğmaz. Davranışı etkileyen değerler, bireyler tarafından bilinçli ya da bilinçli olmayan yollarla kazanılır (Orak 2005).

Değerlerin gelişimi, dış güçlere tepkide bulunma sayesinde, ben merkezlikten uzaklaşarak evrensel düşüncelerle hareket etmeye doğru sürer. Değerlerin gelişimine ilişkin günümüz modelleri daha ileri kültürlerarası ve cinsiyetler arası geçerliliği gerektirir (Burkhardt ve Nathaniel., 2013). Birey, çocukluk döneminden itibaren bilişsel ve emosyonel değişim ile birlikte, çeşitli yollarla, değerler sistemini oluşturmaya başlar. Temelde çocukluk döneminde kompleks bilişsel yapıdan, zaman içersin de daha karmaşık emosyonel yapıya doğru gelişim söz konusudur. Bireyin yetiştiği aile özellikle değerlerin oluşumunda büyük paya sahiptir. Bazı kültürlerde, okul çağı öncesinde çocuğun ödül ve ceza sistemi ile değerlerinin oluşumu sağlanırken, çocuğun aile dışı yaşamı ilk kez tanıdığı okul döneminde de özellikle çok sıkı bir

disiplin ile karşı karşıya gelmesi değerlerin şekillenmesi üzerinde etkili olmaktadır. Bazı kültürlerde de cinsiyet ayrımcılığının yaşanması değerler sistemi üzerinde yoğun şekilde hissedilebilmektedir. Değerlerin oluşumunda bireyin yaşam deneyimleri de son derece önem taşır. “Değer” günlük hayatta sık kullanılmasına karşın oldukça zor tanımlanan bir kavramdır. Bireyin yetiştiği toplumun değer yargıları ve yerleşik inançları ile gelişen yaşamsal deneyimler, kişinin bireysel değerlerini oluşturur, biçimlendirir. Değerler bireyin kararlarını, seçimlerini, davranışlarını dolayısı ile yaşam biçimini etkiledikleri için çok önemlidir. Bir değer ilk kez bireyin değer sistemine girdiğinde güdüleyici bir etkiye sahip olabileceğinden, bireyin karar vermesini etkiler (Tosun, 2016).

Genel olarak değerler şu şekilde gelişir;

- Model alma/örnek olma;
- Değerleri ahlaklandırma değerın kıymetini belirleme
- Yaparık öğrenme “Bırak yapsın”
- Ödül/Ceza yaklaşımı
- Sorumlu seçim Her birey, yaşamına anlam yükleyen ve davranışlarının temelinde yatan “kişisel, sosyal/toplumsal ve mesleki değerlere” sahiptir (Tanrıverdi 2017).

4. Değer Çatışmaları

1. Bireysel değerler ile toplumsal değerlerin birbiriyle çatışmaları ortaya “değerlerin çatışmasını” çıkarır. İnsan etkileşiminin olduğu her yerde değer çatışmaları ortaya çıkabilir. Kişilerin bireysel etik değerleri ile

örgütlerin ve toplumun değerleri arasındaki çatışma sonucu etik sorunlar oluşmaktadır ve bu, kişisel-örgütsel düzeyde yaşanan çatışmalardan kaynaklanan etik sorunlar, kişisel-toplumsal düzeyde yaşanan çıkar çatışmasından kaynaklanan etik sorunlar ve bireysel değerlerle toplumsal değerlerin çatışması, "değerler çatışması" adı verilen durumu doğurur. İnsanların bir arada bulunduğu her ortamda bu tür çatışmalar ortaya çıkabilir. Kişilerin kişisel etik değerleri ile organizasyonların ve toplumların değerleri arasındaki farklılıklar, etik problemlerine yol açmaktadır. Bu çatışmalar, genellikle üç düzeyde yaşanır: kişisel-örgütsel düzeydeki çatışmalar, kişisel-toplumsal düzeydeki çıkar çatışmaları ve örgütsel-toplumsal düzeydeki çıkar çatışmaları.

Kişisel ve örgütsel düzeydeki değer çatışması, bireyin kendi değerleri ile çalıştığı kurum ve diğer bireylerin değerleri arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanır. Bu tür çatışmalar, bireysel çıkarlarla örgütsel çıkarların birbirini karşılamadığı durumlarda daha belirgin hale gelir ve örgüt içindeki karar alma süreçlerinde ikilemler yaratabilir.

Kişisel-toplumsal düzeydeki değer çatışması ise, bireysel değerlerle toplumun genel değerleri arasındaki farklılıklardan doğar. Bu durumda, bireyin toplumsal normlara aykırı davranışı, toplumsal dışlanma veya yasal yaptırımlarla sonuçlanabilir. Toplumun değerlerinin kanunlarla belirginleştiği durumlarda, bu değerlere aykırı hareket eden kişiler genellikle cezai yaptırımlarla karşılaşır.

Son olarak, örgütsel-toplumsal düzeydeki değer çatışması, bir organizasyonun içindeki değerlerin, toplumun genel kabul görmüş değerleriyle çelişmesiyle ortaya çıkar. Örneğin, bir işletmenin ürettiği bir ürünün toplumsal tepkiyle karşılaşması, bu tür bir çatışmanın somut bir örneğini oluşturmaktadır (Aydemir, 2005).

Hemşirelikte Değer Çatışmaları

Hemşireler kendisinin ve başkasının değerlerinin bilincinde olursa bu çatışmaları çözüme kavuşturabilir.

Aile İçi Çatışmalarda Hemşirelik

Aile üyeleri arasındaki değer çatışmaları gelişimsel evrelerde, deneyimlerde ve kişisel değer tercihlerindeki farklılıklardan kaynaklanır. Hemşirenin rolü aile bireylerinin kişisel sağlık öyküleri ve gereksinimlerini araştırmalarına yardımcı olmaktır. İdeal olarak hemşire aile bireylerin her birinin sağlığa yönelik ulaşılabilir hedefler belirlemesine ve değer çatışmalarının etkileşimlerini nasıl etkilediğini görmelerine yardımcı olmaktır (Craven et al., 2015).

Sağlık Bakım Çatışmaları

Hastalar ile sağlık bakım çalışanları arasındaki çatışmalar, genellikle bilgi farkları, gelişimsel farklılıklar veya kültürel değer sistemlerinin uyumsuzluklarından kaynaklanır. Değer çatışmalarını çözmeye yönelik olarak üç ana unsur ön plana çıkmaktadır:

- Çıkar algısı
- Çözümün anlamı
- Çözüm sürecinde öne çıkan temel değerler

Değer çatışmaları ile karşılaşan hemşirelerin, bu çatışmalarla ilgili kişisel değerlerini gözden geçirmeleri önemlidir. Hemşirelerin,

hastaların çatışmayı nasıl algıladıklarını, çözümün ne şekilde tanımlandığını ve çözüm sürecindeki temel değerlerin neler olduğunu anlamaları kritik bir noktadır. Çünkü hemşireler, güvenli ve etik bir bakım sunarken, hastaların değer sistemlerini de gözetmek durumundadır.

Bir hemşire, çatışmayı olumsuz bir şekilde değerlendirdiğinde, kişisel değerleri olan öz yeterlilik, görev bilinci, başarı, otorite ve saygı gibi kavramların sorgulanabileceğinden endişe edebilir. Ancak çatışmayı pozitif bir bakış açısıyla ele alan bir hemşire, saygı, iletişim, bakım, denge, uyum, hizmet ve yaratıcılık gibi değerlerin zenginleştiğini fark edebilir.

Bu iki farklı yaklaşım, hemşirenin yaşam deneyimleri ve değerlerin gelişim düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, hemşirenin öncelikli amacı, hastanın bakış açısını anlamak, ilgili konuları ve değerleri hastayla birlikte incelemek ve tanımlamak olmalıdır. Bu süreç, bazen çözüm sağlayabilir ya da çözüm sürecinin ilk adımını oluşturabilir (Craven et al., 2015). Ahlaki karar vermede farklı bakış açılarını anlama, hemşirelerin etik ikilemlere kendilerinin ve hastalarının yaklaşımlarını değerlendirmelerine, başkalarının ahlaki yeterliliği ile ilgili uygun olmayan hükümlere varmaktan kaçınmalarına olanak sağlar (Burkhardt ve Nathaniel., 2013).

5.Hemşirelikte Değer

Hemşirelik mesleği, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sunulan kapsamlı bir hizmet alanıdır. Hemşireler, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelik, bireylerin

sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri ya da hastalık durumlarında iyileşebilmeleri için gerekli destek ve bakımı sağlama sorumluluğunu taşır (Eşer ve ark., 2017). Bu sorumluluk, yalnızca fiziksel bakımı değil, aynı zamanda bireylerin psikolojik, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını da kapsamaktadır.

Hemşirelik mesleğinin temel amacı, sağlıklı bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hastalık durumunda ise bireylerin tedavi sürecine yardımcı olmak ve sağlıklarını iyileştirmektir. Hemşirelerin, bu hedeflere ulaşırken verdikleri bakım, hemşirelik felsefesinin temel ilkeleri doğrultusunda şekillenir. Hemşirelik felsefesi, meslek uygulamalarını yönlendiren, hemşirelerin değer ve inançlarını belirleyen bir rehber niteliğindedir. Hemşirelerin uygulamalarındaki rehber ilkeler, insanın değerini, haklarını ve saygınlığını ön planda tutar (Can ve Acaroğlu, 2015; Çulha, 2018).

Hemşirelik Değerleri ve Mesleki Uygulamalar

Hemşirelik mesleği, insanın sağlıkla ilgili tüm boyutlarına hizmet eden bir bilim dalı olarak, insani değerler üzerine temellenmiştir. Hemşirelik değerleri, mesleğin temelini oluşturan ve hemşirelerin hastalarla, meslektaşlarıyla, diğer sağlık ekip üyeleriyle ve toplumla olan etkileşimlerinde onlara rehberlik eden temel prensiplerdir. Bu değerler, hemşirelerin mesleklerini etik bir çerçevede uygulamalarını ve hasta haklarına saygılı bir yaklaşım benimsemelerini sağlar (Çulha, 2018; Bakır, 2019).

Hemşirelik değerlerinin, mesleki uygulamalar üzerindeki etkisi büyüktür. Hemşireler, bu değerler doğrultusunda hastalarıyla ilişkilerini yönetir, etik ikilemlerle karşılaştıklarında doğru kararlar

alabilmek için bu rehber değerleri kullanır. Ayrıca, hemşirelerin problem çözme, eleştirel düşünme ve öncelikleri belirleyebilme becerilerini geliştirmeleri, hemşirelik uygulamalarının kalitesini artırır. Hemşireler, bu beceriler sayesinde hastaların ve ailelerinin endişelerini anlayabilir ve bu endişelere uygun şekilde cevap verebilirler (Altun, 2002; Can, 2013).

Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği (AACN) ve Temel Hemşirelik Değerleri

1988 yılında Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği (AACN), bir hemşirenin sahip olması gereken temel değerleri sıralamıştır. Bu değerler, hemşirelik uygulamalarının etik bir zeminde gerçekleşmesini sağlamak için önemli bir kılavuzdur. AACN, bir hemşirenin sahip olması gereken temel değerleri şu şekilde belirtmiştir: insan onuru, otonomi, yetkinlik ve bütünlük, sosyal adalet, özgecilik (alturizm), eşitlik, estetik, sadakat ve gerçekçilik. Bu değerler, hemşirelerin profesyonel yaşamlarında karşılaştıkları durumları etik bir bakış açısıyla ele almalarına yardımcı olur ve hemşirelerin hasta haklarına, meslektaşlarına ve toplumlarına karşı sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlar (Can, 2013).

İnsan Onuru;

"İnsan, duyan, düşünen ve özgür bir varlık olarak taşıdığı değerle, insan olarak kendisinin değerini oluşturur. Bu değer, özsaygı, onur, haysiyet ve izzet-i nefis gibi kavramlarla ifade edilir" (TDK, 2020). Her bireyin eşsizliği ve değeri, öncelikli bir yer tutar ve hemşirelik bakımının temeli, bireyin onuruna saygı gösterilmesine dayanır. Mesleki değerler arasında yer alan bazı davranışlar, bireylerin gizliliğini korumak, onların tercihlerini

dikkate almak ve geçmişine bakmaksızın hizmet sunmak gibi örneklerle ifade edilebilir.

Eşitlik, bireyleri ve toplumu yasal ve etik ilkeler doğrultusunda korumak, kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamak ve yasa dışı durumları raporlama sorumluluğunu üstlenmek olarak tanımlanabilir (Çulha ve Acaroğlu 2018).

Bütünlük; bireyin kişisel ve profesyonel becerilerini yüksek düzeyde geliştirerek kendisini en iyi şekilde ifade etmesini sağlayan bir kavramdır. Bütünlükle ilgili mesleki davranışlar arasında, hasta ya da sağlıklı bireylere doğru bilgi sunmak, yapılan uygulamaların eksiksiz şekilde kaydedilmesi ve ortaya çıkan hataları düzeltme isteği gibi unsurlar yer alır. (Can 2013; Bakır 2019).

Özerklik; bakım veren ve bakım alan kişi açısından önemli bir kavramdır. Hizmet sunan kişinin özerkliği, belirli yetki ve sorumluluklar doğrultusunda mesleki uygulamalarını kendi inisiyatifleriyle gerçekleştirebilmesidir (Taylan ve ark. 2012).

Fedakarlık; Başkalarının huzuru ve refahını önemseyerek hareket etmek, bir kişinin başkalarının iyiliği için duyduğu endişeyi ifade eder. Bu temel değeri benimsemiş bir hemşire, hastalarına bakım verirken onların her koşulda huzurlarını ve iyiliklerini gözetebilmelidir. Hemşire, yalnızca fiziksel sağlıklarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda duygusal ve psikolojik iyilik halleriyle de ilgilenir. Bu bakış açısı, bireylerin mutluluğu ve genel refahı üzerinde duyarlı bir yaklaşım geliştirmeyi gerektirir. Ayrıca, hemşire, bakım sürecinde sadece uygulamalara dayalı bir yaklaşım sergilemekle kalmaz, aynı zamanda hastaların ihtiyaçlarına uygun düşünceler üretir ve çözüm önerileri sunar. Bu şekilde, hemşire

hastaların tüm yönlerini dikkate alarak onların hem bedensel hem de ruhsal sağlıklarını iyileştirmeyi amaçlar (Bakır, 2019;Erim &Çevirme, 2018).

Sosyal adalet; bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde ihtiyaçlarına göre adil bir şekilde hizmet almalarını ve kaynakların ayrımcılık yapmadan, dil, din, ırk ya da mezhep farkı gözetmeksizin eşit bir biçimde sunulmasını ifade eder. Bu ilke, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkına sahip olması gerektiğini vurgular. Hemşireler de mesleklerinde sosyal adalet ve eşitlik ilkelerini temel alarak hareket ederler. Hemşireler, her hastaya eşit ve adil bir yaklaşım sergileyerek, sağlık bakımını herhangi bir ayrımcılık yapmaksızın sunmakla yükümlüdür. Bu bağlamda, hemşireler, tüm bireylere saygı gösterir, onların sosyal, kültürel ve kişisel özelliklerine değer verir ve sağlık hizmetlerine erişimlerinde karşılaştıkları her türlü engeli ortadan kaldırmak için çaba sarf ederler. Sosyal adalet anlayışı, hemşirelerin bakım süreçlerinde, her bireyin haklarına saygı duyarak, onlara en uygun ve adil şekilde hizmet sunmalarını sağlar. (Danacı ve ark., 2022).

Özgecilik; başkalarına yardım etme ve onların iyiliğini ön planda tutma anlamına gelir. Bu kavram, bir bireyin başkalarının sağlığı ve esenliği ile ilgilenmesi, onların ihtiyaçlarına duyarlı olması, iyilikseverlik ve cömertlik göstermesi gibi özelliklerle tanımlanır. Özgecilik, sadece başkalarına yardım etme isteğiyle sınırlı kalmaz; aynı zamanda empati, şefkat ve başkalarının duygusal durumlarını anlamaya dayalı bir yaklaşımı da içerir. Hemşirelik bağlamında özgecilik, hemşirenin hastalarının sağlığına gösterdiği ilgiyi ve onların genel refahını gözetme sorumluluğunu yerine getirmesiyle ortaya çıkar. Hemşire, hasta bakımında, sadece fiziksel

sağlık değil, duygusal ve psikolojik iyilik halleriyle de ilgilenir, başkalarının hayatlarını daha iyi hale getirmek için kendini adar (Bayrak ve Ataseven, 2020).

Estetik; güzellik ve güzel olanın insan üzerinde yarattığı etkileri ele alan bir felsefi disiplindir. İnsanların duyularında ve hafızalarında güzellik anlayışının nasıl şekillendiğini inceleyen estetik, bedii (sanatsal) değerlerle ilgili bir alan olarak tanımlanır. Bu kavram, sadece görsel değil, duygusal bir deneyimi de içerir ve bir nesnenin ya da olayın insan ruhunda oluşturduğu estetik etkiyi anlamayı amaçlar. Estetik, hem sanatla hem de günlük yaşamla ilgilidir ve insanın estetik değerlere karşı duyduğu hassasiyetin, yaşadığı çevreyle ve kültürel bağlamla nasıl şekillendiğini araştırır.

Mesleki estetik davranışlar, sağlık hizmetlerinde hemşirenin işine yansıyan estetik anlayışını ifade eder. Örneğin, bir hemşirenin hem kendisiyle hem de çalışma arkadaşlarıyla hoş bir ortam oluşturması, iş yerinde pozitif bir atmosfer yaratması estetik bir davranış örneği olarak görülebilir. Bu tür estetik davranışlar, hemşirelerin işlerini daha verimli bir şekilde yapmalarına ve hastalarla daha iyi iletişim kurmalarına katkıda bulunur. Hemşirelerin çalıştıkları ortamın estetik yönlerine de önem vermesi, hem psikolojik hem de fiziksel sağlık için olumlu bir etki yaratır. Böylece, hemşirelik mesleği sadece teknik bilgi ve beceriyi değil, aynı zamanda estetik bir yaklaşımı da benimsemeyi gerektirir (Muslu ve Özsoy, 2017).

Gerçeklik;

Gerçekçilik; bilgili, mantıklı, sorumluluk alma, kendine güvenme ve araştırmacı gibi karakter özellikleri ile ilişkilidir. Bakım

uygulamalarını doğru kayıt etme ve belgeleme profesyonel davranışlara örnek olarak verilebilir (Can 2013).

Sağlıklı/hasta birey hakkındaki her karar ve yapılan her uygulama, insan onuruna saygı gösterilerek uygulanmalıdır. İyi gelişmiş bir mesleki değer sistemi, hemşirelerin karar verme sürecinde, etik ikilemlere çözüm bulmasına yardımcı olur (Dönmez ve Özsoy 2016).

Sonuç

Hemşirelik mesleği, yalnızca bir sağlık hizmeti sunma süreci değil, aynı zamanda bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bütünsel bir şekilde ele alan bir yaklaşımı ifade eder. Hemşirelerin mesleklerini yerine getirirken rehber aldıkları değerler, sadece profesyonel uygulamalarını değil, aynı zamanda toplumsal sorumluluklarını da şekillendirir. Hemşirelik değerleri, meslek uygulamalarının kalitesini artırır, etik kararları yönlendirir ve hasta bakımının en yüksek standartlarda olmasına olanak tanır. Hemşirelerin mesleki değerler doğrultusunda hareket etmeleri, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing ethics*, 9(3), 269-278.

Aştı, T. A., & Karadağ, A. (2016). *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık. ss: 113.

Aydemir, S.E. (2005). Değer. *Mevzuat Dergisi*. 8(86),ISSN:1306-0767

Aydın, A. (2005). Dil-Tarih ve Coğrafya Fakültesi öğrencilerinin değer hiyerarşileri ile İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin değer hiyerarşilerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler* (1. Baskı). Ankara: Alter Yayıncılık.

Bakır, H.(2019).Hemşirelerin Mesleki Değerleri İle Bakım Verici Roller Arasındaki İlişki.Necmettin Erbakan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Bayrak, B. V., & Ataseven, H. (2020). Salgın dönemi sağlık hizmetlerinde özgecilik (diğerkâmlık). *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 101-108.

Baysal, N. (2013). Ortaokul Sosyal Bilgiler Derslerinde değerler eğitimi uygulamalarının öğretmenler yönüyle değerlendirilmesi. Niğde Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Niğde.

Bolat, Y. (2016). Sosyal değerleri ve değerler eğitimini anlamak. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(29), 322-348

Boozaripour M, Abbaszadeh A, Shahriari M, Borhani F. Ethical Values in Nurse Education Perceived by Students and Educators. Nursing Ethics. 2018;25(2):253-263.

Burkhardt, MA ve Nathaniel, A. (2013). Çağdaş hemşirelikte etik ve sorunlar . İstanbul Tıp Kitabevi.ss: 113.

Can ř, Acaroğlu R. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. F.N. Hemşirelik Dergisi. 2015;23(1): 32-40

Can ř. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rengin Acaroğlu).

Coşkun, Y. ve yıldıırım, A. (2009). Üniversite öğrencilerinin değer düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakóltesi Dergisi, 6(1), 311-328

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Sharon, J. (Eds.). (2015). Hemşirelik esasları: insan sağlığı ve fonksiyonları. Palme Yayıncılık.ss: 95-116.

ulha, Y.(2018). Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Değerleri, Duygusal Zeka Düzeyleri Ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çulha Y, Acaroğlu R. The Relationship Amongst Student Nurses' Values, Emotional İntelligence and İndividualised Care Perceptions. *Nursing Ethics*. 2018:1-11.

Çalışkur, A., Aslan, A.E. (2013). Rokeach Değerler Envanteri güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Balıkesir University. *The Journal of Social Sciences Institute*, 16(29), 81- 105

Danacı, E., Özbudak, E., & Ağa diken, S. (2022). Hemşirelikte Bilme Yolları; Spiritüel Bilme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(4), 557-567.

Dilmaç, B., Bozgeyikli, H. ve  ıkılı, Y. (2008). Öğretmen adaylarının değer algılarının farklı değişkenler acısından incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 6(16), 65-92.

Donmez, R.O., Ozsoy, S. (2016). Factors influencing development of Professional values among nursing students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(4), 988- 993.

E er İ, Orkun N,  etin P. Hemşirelik İmajı ve 1950'li Yıllarda Bir Seri İlan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2017; 10(4): 275-278.

Erim, S. E., &  evirme, A. Y.  . E. (2018). Hemşirelikte Kişisel ve Profesyonel Değerlerin Farkındalığı  nemli Mi?. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(4), 279-284.

Orak, N. . (2005). İstanbül ilindeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi. *Marmarar*

Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Orak, N. Ş., Ecevit Alpar, Ş. (2012). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2:1, 522-531.

Özensel, E. (2003). Sosyolojik bir olgu olarak değer. Değerler Eğitimi Dergisi, 1(3), 217-239.

Maraşlı İ. Hemşirelerin profesyonel değerlerinin iş doyumuna etkisi ve ilişkili faktörler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.

Muslu, L., & Özsoy, S. A. (2017). Hemşirelik, Estetik ve Sanat. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4).

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2013). Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver, 95-105.

Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2012;3: 66-74.

Tanrıverdi, H. (2017). Hemşirelerin profesyonel değerleri ile örgütsel vatandaşlık davranış düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi, 5(13), 1183-1204.

Tosun H. Sağlık Uygulamalarında Etik Değerler. Ed. Akça AF. Sağlık Uygulamalarında Temel kavramlar ve Beceriler, 1. Baskı, s. 59-70, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti, İstanbul, 2011.

Tunca, N. (2012). İlköğretim öğretmenleri için mesleki değerler ölçeğinin geliştirilmesi ve ilköğretim öğretmenlerinin mesleki değerlerinin belirlenmesi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Eskişehir.

URL: TDK 2020 <https://sozluk.gov.tr/> ErişimTarihi: 11.11.2024

BÖLÜM II

Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinimler: Aile Planlamasındaki Eksiklikler

Tuğba ÖZTÜRK¹

Giriş

Aile planlaması, tüm çiftlerin ve kişilerin sorumlu kararlar alabilmesi ve uygun bilgi, eğitim ve araçlara sahip olarak, sağlıklı aralıklarla, istedikleri kadar çocuk sahibi olabilmeleridir Gür ve Sohbet, 2017). Karşılanmamış aile planlaması dünya çapında özellikle üreme sağlığı alanında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımaya göre, karşılanmamış ailelerin alındığı, bir kadının gebe kalmasının önlenmesine rağmen modern bir kontraseptif yöntemin kullanılamaması ifade eder(WHO, 2018b).

¹ Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-8639-5693, tugba.ozturk@ksbu.edu.tr

Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum yaşadığı yer, yaşayan çocuk sayısı, kültürel ve sosyal faktörler; ideal çocuk sayısının fazla olduğu ülkelerde karşılanmamış aile planlaması gereksinimi fazladır. Dini faktörler; Müslümanlarda karşılanmamış aile planlaması gereksinimi daha yaygındır (Temel, 2018).

Dünya genelinde 2021 yılı itibarıyla üreme çağındaki (15-49 yaş) 1,9 milyar kadından 1,1 milyarının aile planlamasına ihtiyacı bulunmaktadır; bunlardan 874 milyonu modern doğum kontrol yöntemlerini kullanmakta, 164 milyonunun ise karşılanmamış bir doğum kontrol ihtiyacı bulunmaktadır (UNDESA, 2022a).

Aile planlaması danışmanlığı bireyin etkili yöntemler kullanıp kullanmadığı, kayıtlı çocuk sayısı, bireyin eğitim durumu, yaşı gibi kişisel faktörlerin yanı sıra AP eğitim rehberliği hizmetlerine de bağlıdır (Erenel ve Eroğlu, 2009).

Danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, zamanında seçimlerin yapılmasına olanak sağlarken, daha iyi tanınabilen, istenmeyen üremelerin ve buna bağlı olumsuz sağlık sonuçlarının azalmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bundan dolayı bu çalışmada, aile planlamasında karşılanamayan gereksinimlerin aile planlamasındaki eksiklerinden biri olarak ele almak amaçlanmıştır.

1.Aile Planlaması

Aile planlaması, tüm çiftlerin ve kişilerin sorumlu kararlar alabilmesi ve uygun bilgi, eğitim ve araçlara sahip olarak, sağlıklı aralıklarla, istedikleri kadar çocuk sahibi olabilmeleridir (Daymaz ve Özvarış, 2015; Gür ve Sohbet, 2017).

Kontraseptif prevalans ve aile planlaması için karşılanmayan ihtiyaç, hedef 3.7 kapsamında 2030 Sürdürülebilir Kalkınma

Gündemi'nde belirtildiği gibi üreme sağlığına erişimdeki gelişmeleri ölçmek için kilit göstergelerdir. "2030 yılına kadar, aile planlaması, bilgi ve eğitim ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegrasyonu da dahil olmak üzere, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması"(WHO, 2018a).

2.Aile Planlamasının Tarihsel Süreci

Uluslararası AP Programı, başlangıcından bu yana uyum sürecinin bir parçası olarak sürekli değişikliklere uğramıştır. İlk çalışmalar 20. yüzyılın başlarında Avrupa ve Amerika'da başlamıştır. 1960'lı yıllara kadar pek çok hükümet, Avrupa Parlamentosu'nun desteklediği nüfus politikalarını uygulamaya koyarak küresel toplumsal hareketlerin yerini almaya başlamamıştır. Hindistan, 1951'de ulusal nüfus politikasını uygulamaya koyan ilk ülke oldu. 1960 yılında Asya ülkeleri de aynı yolu izlemiştir. Türkiye 1965 yılında doğum karşıtı nüfus politikalarını hayata geçirmiştir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın gündemi, bireylerin hizmet ve bilgi alma hakkına odaklanan, cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramını da içeren daha geniş, daha bütünsel bir yaklaşımdı. Binyıl Kalkınma Hedefleri bağlamında üreme sağlığı, Birleşmiş Milletler tarafından bu hedeflere, özellikle de Hedef 5'e ('Anne sağlığını iyileştirme') ulaşmada temel öneme sahip olarak kabul edilmiştir (Temel, 2018).

Karşılanmayan aile planlaması ihtiyaçları üreme sağlığının evrensel bir göstergesi olarak öne sürülmektedir. 1960'lardan bu yana bilgi, tutum ve uygulama (KAP) boşlukları ve daha sonra karşılanmayan ihtiyaçlar, bu ihtiyacın boyutunu tahmin etmek için kullanılmıştır (Ergöçmen ve Bozbeyoğlu, 2005). 1960'larda pek çok ülkede kontraseptif bilgi, tutum ve uygulamalara ilişkin ilk

alışmalar, kadınların üreme kararları ile kontraseptif kullanımı arasındaki boşluğa, yani “KAP açığı”na odaklanmıştır (Bongaarts 1991). 1978 yılında Westoff, beş Asya ülkesinden alınan WFS verilerine dayanan bir çalışmada “KAP açığı” yerine “karşılanmayan AP ihtiyaçları” kavramını kullanmıştır (Bradley ve Casterline 2014). Bu nedenle karşılanmayan ihtiyaç, daha fazla ocuk sahibi olmak istemeyen ancak doğum kontrol yöntemi kullanmayan tüm evli kadınların oranı olarak hesaplandı (Bradley ve ark, 2012). hesaplanmıştır. Sadece doğumu sınırlamak isteyen kadınları dikkate almıştır. Ama doğumlarına ara vermek gebe,amenoreik kadınlar yok saymıştır. 1981 de doğumlara ara verme ve sınırlama için karşılanmamış gereksinim arasındaki farkın önemi vurgulanmıştır. 1982 Nortman, daha geniş tanımını yapmıştır. Gebe ve emziren kadınların kontrasepsiyon gereksinimi duyan grupta dahil olmuştur (Temel, 2018).

3.Aile Planlaması Politikalarının Türkiye’deki Tarihsel Süreci

3.1.Pronatalist Politika (1927-1965)

Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfus artırma politikaları öncelikle askeri ve siyasi nedenlerin yanı sıra ekonomik nedenlerden de etkilenmiştir. Son yıllarda halk arasında görülen sorunları hafifletmek amacıyla ceza kanununa "kürtaj veya kürtaja aracılık etmeyi" yasaklayan bir madde eklenmiştir (Doğan, 2011).

3.2. Antenatalist Politika (1965 ve sonrası)

Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı’nın o dönemde yaptığı bir araştırmada hızlı nüfus artışına bağlı olarak milli gelirin düştüğü" ortaya konmuştu. ``Yoksulluğa doğru gidişin önlenmesi" fikri benimsendi. Nüfus artışını kontrol etmek amacıyla 1965 yılında

Nüfus Planlama Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Doğum kontrol yöntemlerine ilişkin eğitimler başladı. Anayasa ve medeni kanun, erkeklerde 17, kızlarda 15 olan evlenme yaşını değiştirerek 18'e çıkardı (Doğan, 2011).

4.Aile Planlaması Yöntemleri

4.1. Hormonal Yöntemler; Kombine oral kontraseptifler (Hap), enjekte edilen kontraseptifler (İğne), vajinal halkalar, minihaplar, post koital haplar (Ertesi gün hapi), deri altı kapsüller (implantlar) (Türkiye’de yok)

4.2.Rahim içi araçlar (Spiral); Bakırlı rahim içi araçlar, hormonlu rahim içi araçlar

4.3.Bariyer yöntemler; Kondom, spermasitler, diyafram

4.4. Cerrahi Yöntemler; Tüpligasyonu, vazektomi

4.5. Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler; Servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, takvim yöntemi, laktasyonel amenore metodu; laktasyonal amenore yöntemi, iki gün metodu (TC Sağlık Bakanlığı Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, 2014).

4.6.Geleneksel Aile Planlaması Yöntemleri

Takvim yöntemi ve geri çekme yöntemini içerir. Geleneksel yöntemlerden yaygın olarak kullanılan geri çekme, vajinal lavaj yöntemlerinin koruyucu etkisi yoktur. Bu yöntemi kullananlar sıklıkla istenmeyen bir gebelikle karşılaşabilirler. Ayrıca kadınların hazneyi sık sık yıkamaları vajendeki florayı bozacağı için vajinite neden olabilir (Özçelik, 2016).

5.Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanılma Durumu

Kadınların modern, güvenilir doğum kontrol yöntemlerini kullanmamalarının en yaygın nedenleri arasında sağlık tesislerine erişimde zorluk, sağlık merkezlerinde yeterli doğum kontrol yöntemi bulunmaması ve doğum kontrolü sorunları yer almaktadır. yöntemi kullanmadan hamile kalabileceklerini anlamayan, kendilerine uygun bir aile planlaması yöntemi olduğunu bilmeyen veya son yöntemler hakkında yanlış bilgiye sahip olan kadınların da bunda önemli payı var (UNFPA 2021).

TNSA'ya (2018) göre evli kadınların %'ü geleneksel yöntemleri, %1'i modern yöntemleri, evli kadının ise %1'i bir tür aile planlaması yöntemini tercih etmektedir. Kullanılan modern yöntemler arasında sırasıyla erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) en çok tercih edilen yöntemler olup, en çok tercih edilen geleneksel yöntem ise geri çekme yöntemidir (TNSA 2018). Bir bireyin etkili yöntemleri kullanması, erişilebilirlik, zamanlama ve kalite gibi faktörlerin yanı sıra mevcut çocuk sayısı, bireyin eğitim durumu ve yaşı gibi kişisel faktörlere de bağlıdır (Erenel ve Eroğlu, 2009).

6. Aile Planlamasında Karşılanmamış Gereksinimler

Karşılanmamış ihtiyaç kavramı, kadınların üreme istekleri ile kontraseptif davranışları arasındaki boşluğu işaret etmektedir. Aile planlaması için karşılanmamış ihtiyaç, doğurganlıktaki büyük değişiklikleri anlamak ve üreme sağlığını dünya çapında iyileştirmek için anahtardır. Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı özellikle ergenler, göçmenler, kentsel göçler, mülteciler ve postpartum dönemde kadınlar gibi gruplar arasında yüksektir (WHO, 2018b).

Karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar, doğurgan ve cinsel olarak aktif ancak herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve daha fazla çocuk istemediğini veya bir sonraki çocuğu ertelemek istediğini bildiren kişilerdir. Karşılanmamış ihtiyaç kavramı, kadınların üreme niyetleri ile doğum kontrolü davranışları arasındaki boşluğa işaret eder. aile planlaması için karşılanmamış ihtiyacın standart tanımı:

-Gebelikleri istenmeyen veya gebe kalma zamanında yanlış zamanlanmış olan tüm hamile kadınlar (evli veya rızaya dayalı birliktelik içinde).

-Aile planlaması kullanmayan ve son doğumu istenmeyen veya yanlış zamanlanmış olan tüm doğum sonrası amenoreik kadınlar (evli veya rızaya dayalı birliktelik içinde).

- Hem hamile hem de doğum sonrası adet görmeyen ve daha fazla çocuk istemeyen (sınır) veya en az iki yıl bir çocuğun doğumunu ertelemek isteyen veya ne zaman veya başka bir çocuk isteyip istemediklerini bilmeyen (aralık) ancak herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan tüm doğurgan kadınlar (evli veya rızaya dayalı birliktelik içinde). Karşılanmamış ihtiyaç tanımının paydasından hariç tutulanlar, doğum kontrol yöntemi başarısızlığı nedeniyle istemeden hamile kalan hamile ve adet görmeyen kadınlardır (bu kadınların daha iyi bir doğum kontrol yöntemine ihtiyaç duyduğu varsayılır). Ayrıca karşılanmamış ihtiyaç tanımından hariç tutulanlar kısır kadınlardır. Kadınlar aşağıdaki durumlarda kısır kabul edilir:

- Beş veya daha fazla yıldır evlilerse

Son beş yılda doğum yapmamışlarsa

- Şu anda hamile değillerse

- Son beş yıl içinde doğum kontrolü kullanmamışlarsa (veya son doğum kontrolü kullanımının zamanı bilinmiyorsa veya hiçbir tür doğum kontrol yöntemi kullanmamışlarsa)

- Kısır olduklarını, menopoza girdiklerini veya histerektomi geçirdiklerini kendileri bildiriyorlarsa veya (gebe olmayan veya doğum sonrası amenore yaşamayan kadınlar için) son adet dönemi anket tarihinden altı aydan daha önce gerçekleşmişse. Evli veya rızaya dayalı birliktelik yaşayan kadınların cinsel olarak aktif oldukları varsayılır. Evli olmayan kadınların karşılanmamış ihtiyaç hesaplamasına dahil edilmesi durumunda (MDG'ler için küresel raporlamayı destekleyen ulusal izlemede), en son cinsel aktivitenin zamanının belirlenmesi gerekir. Evli olmayan kadınlar, anket görüşmesinden önceki ayda cinsel ilişkiye girmişlerse, şu anda hamile kalma riski altında kabul edilirler (ve dolayısıyla potansiyel olarak paydada yer alırlar)(WHO, 2024b)

Amerika Uluslararası Kalkınma Ajansı çalışmasına göre aşağıdaki durumlarda bir kadının karşılanmamış aile planlaması gereksinimi olduğu kabul edilmektedir;

-15-49 yaş aralığında üreme döneminde olanlar,

-Evli, birlikte veya cinsel yönden aktif olanlar,

-Doğurgan olanlar,

-Önümüzdeki iki yıl içinde çocuk sahibi olmak istemeyenler,

-Geleneksel veya modern doğum kontrol yöntemlerini kullanmayanlar,

-Var olan veya son gebeliğinin yanlış zamanda ve istenmeyen olduğunu bildiren gebe veya amenoreik kadınlar,

Kullandığı yöntemden memnun olmayanlar (Brandley ve ark., 2012).

7. Karşılanmamış Gereksinimi Etkileyen Faktörler

Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum yaşadığı yer, yaşayan çocuk sayısı, kültürel ve sosyal faktörler; ideal çocuk sayısının fazla olduğu ülkelerde karşılanmamış aile planlaması gereksinimi fazladır. Dini faktörler; Müslümanlarda karşılanmamış aile planlaması gereksinimi daha yaygındır (Seçkiner, 2013).

Toplumsal cinsiyetle ilgili engeller arasında tutarsız veya belirsiz doğurganlık tercihleri, algılanan düşük hamile kalma olasılığı, sınırlı aile planlaması yöntemi seçenekleri ve mevcut aile planlaması hizmetlerinin düşük kalitesi de dahil olmak üzere yan etkiler veya sağlık riskleri deneyimleri yer almaktadır (Seçkiner, 2013; Temel, 2018).

Karşılanmamış AP gereksinimi olan birey: Karşılanmamış AP gereksinimi olan birey, üreme çağında (14-49 yaş), doğurgan, doğumlarına ara vermek veya sınırlamak isteyen, bununla birlikte etkili bir yöntemle gebelikten korunmayan ve geleneksel yöntemi etkili bir yönteme değiştirmek isteyen kadınları kapsamaktadır (Temel S, 2018).

8.İstatistiksel Yönüyle Aile Planlaması ve Karşılanamayan Gereksinimler

Dünya genelinde 2021 yılı itibarıyla üreme çağındaki (15-49 yaş) 1,9 milyar kadından 1,1 milyarının aile planlamasına ihtiyacı bulunmaktadır;bunlardan 874 milyonu modern doğum kontrol

yöntemlerini kullanmakta, 164 milyonunun ise karşılanmamış bir doğum kontrol ihtiyacı bulunmaktadır (UNDESA, 2022). Doğumdan sonraki 0-12 aylık dönemde kadınların yaklaşık %95'inin önümüzdeki 24 ay içinde gebeliği önlemek istediğini, ancak %70'inin kontrasepsiyon kullanmadığını göstermektedir. Postpartum dönemde gebelikler, kadınlar ve bebekleri için en büyük riski oluşturmaktadır ve olumsuz sağlık sonuçlarına yönelik riskleri artırmaktadır (WHO, 2018). Modern yöntemlerle karşılanan aile planlaması ihtiyacının oranı, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) göstergesi 3.7.1, 2015'ten 2022'ye kadar küresel olarak yaklaşık %77 seviyesinde durgunlaşırken, Sahra Altı Afrika'da %52'den %58'e yükseldi (UNDESA, 2022). Sadece bir doğum kontrol yöntemi, yani prezervatif, hem gebeliği hem de HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını önleyebilir. Doğum kontrolü kullanımı, insanların çocuklarının sayısını ve doğum aralıklarını belirleme hakkını geliştirir. 2022 yılında, evli veya birlikte yaşayan kadınlarda herhangi bir yöntemin küresel doğum kontrol yaygınlığının %65, modern yöntemlerin yaygınlığının ise %58,7 olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2024a).

TNSA (2018) verilerine göre 1993-2013 yılları arasında karşılanmayan 4.444 aile planlaması ihtiyacı azalmaya devam etti. Ancak bu gereklilik 2013 ile 2018 arasında ikiye katlanarak %6'dan 4.444 vakaya çıktı. Bu artışın son beş yılda kontraseptif yöntem kullanımının azalmasından kaynaklandığı düşünülüyor. Bu artışla birlikte karşılanan ihtiyaçlarda da azalma gözlenmiş, karşılanan aile planlaması ihtiyaçları 2013-2018 döneminde $\pm$ 'dan 4.444 $\pm$ 'ye %7 oranında azalmıştır (TNSA, 2018).

TNSA (2018) verileri, halihazırda yöntemi kullanmayanların gelecekte yöntem kullanımına ilişkin bilgiler toplamıştır. Şu anda herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadının gelecekte başka bir yöntem kullanacağı belirlendi. Bu kadınların yarısından fazlası artık herhangi bir yöntem kullanmayacağını söyledi (TNSA, 2018).

9.Karşılanmamış İhtiyaçların Nedenleri

Küresel ve ulusal açıklamalar ve politikalar genellikle karşılanmamış ihtiyaçların nedeninin kadınların aile planlaması hizmetlerine erişememesi olduğunu varsaymaktadır (Machiyama ve ark 2017). Ancak, on yıllardır aile planlaması üzerine yapılan araştırmalardan saha çalışanlarının doğum kontrolüne yönelik engellerin iyi kalitede ve uygun fiyatlı hizmetlere erişiminin dışında başka nedenlerde olduğunu bildirmektedir (Casterline ve Sinding, 2000). Erişim engelleri arasında sağlık yan etkileri korkusu, normatif kabul edilebilirlik (dini kaygılar dahil), sosyal kabul edilebilirlik (partnerin onayı gibi önemli bir konu dahil) ve çeşitli olası bilgilendirici ve diğer kültürel faktörler yer alır (Campbell ve ark 2006). Gebeliği önleme isteğiyle ilgili belirsizlik ve kararsızlık da, gebe kalmanın gerçek riskine ilişkin algılar gibi bir rol oynayabilir (Jones ve ark., 2015). Sosyal, kültürel ve ahlaki kabul edilebilirlik ve bilgi engelleri de özellikle düşük doğum kontrolü yaygınlığına sahip ortamlarda kadınların doğum kontrolü kullanmamasına önemli katkıda bulunmaktadır (Cleland ve ark., 2014). Mevcut araştırma literatürü ayrıca, aile planlamasına yönelik karşılanmamış ihtiyacın nedenlerinin anlaşılmasının, doğurganlık isteklerinin karmaşıklığının daha iyi anlaşılmasını gerektirdiğini ileri sürmektedir. Basitçe ifade etmek gerekirse, hamile kalmaktan kaçınma isteğini dile getiren bazı kadınlar bu tercih konusunda emin

olmayabilir veya kararsız olabilir ya da bu tercih zayıf bir şekilde benimsenebilir ve bu nedenle doğum kontrolü uygulamak için gereken adımları atmak için yeterli motivasyona sahip olmayabilirler (Casterline ve ark, 1997). Birçok ülkede doğum kontrolü kullanımının önündeki en büyük engeller olarak bilgi eksikliği, yan etki korkusu ve aile tarafından sosyal olarak onaylanmama durumunu belirlemiştir ve bilgi eksikliği, doğum kontrolüne karşı çıkma ve gelecekte çocuk sahibi olma konusunda kararsızlık, ikinci DHS turunda karşılanmamış ihtiyaçların ana nedenleri olarak ortaya çıkmıştır. Yan etki/olumsuz sağlık riski korkusu ve seyrek cinsel ilişkinin, doğum kontrolü kullanmamanın baskın nedenleri olduğunu gösterdi. Kadınların kendileri, kocaları veya akrabaları tarafından muhalefet, Güney Asya ve Batı Afrika'daki kadınlar arasında yaygın olarak belirtildi. (Machiyama ve ark 2017).

10.Aile Planlaması Danışmanlığı

Bireyin etkili yöntemler kullanıp kullanmadığı, kayıtlı çocuk sayısı, bireyin eğitim durumu, yaşı gibi kişisel faktörlerin yanı sıra AP eğitim rehberliği hizmetlerine de bağlıdır (Erenel ve Eroğlu, 2009). Aile planlaması danışmanlık hizmetleri, istenilen düzeyde kontrasepsiyon sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır.Aile planlaması danışmanlığı, gebeliği önleyici yöntem seçenekleri sunarak bireylerin veya çiftlerin kendilerine en uygun gebeliği önleyici yöntemi seçmelerine yardımcı olur (Eryılmaz, 2014).Bu önemlidir çünkü danışmanlık hizmetleri uygun şekilde ve zamanında sağlanırsa, AP hizmetlerine olan karşılanmayan ihtiyacı azaltabilir ve kontraseptif kullanımını artırabilir.Kadınların en fazla tıbbi bakımı doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde alması nedeniyle bu

dönem aynı zamanda aile planlaması danışmanlığına da ihtiyaç duyulmaktadır (Erenel ve ark., 2011).

Kadınların doğum kontrolü kullanım ihtiyaçları ve beklentileri hakkındaki görüşlerinin daha fazla araştırılması, aile planlaması çalışanları ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile daha fazla bilgi ve daha etkili tartışmalara yol açarak bilinçli bir doğum kontrolü seçimi olasılığını artırabilir (Ofurum ve ark., 2023). Bu durum kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda sağlık kaygılarının olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin kadınlara bu kaygıları gidermek için etkili eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmaları gerekmektedir. Dini inançlarla ilgili engellerin açıklığa kavuşturulması ve konunun uzmanları aracılığıyla toplumun bilgilendirilmesi, aile planlaması konusunda karşılanmayan ihtiyacın azaltılması için önemli bir müdahale alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (SezerYıldız ve Özerdoğan 2021).

Aile planlaması hizmetlerinin bulunabilirliğini ve erişilebilirliğini iyileştirmek, karşılanmamış doğum kontrolü ihtiyacını azaltmak için hayati önem taşısa da, kendi başına yeterli değildir. Doğum kontrol yöntemlerinin bulunabilirliğini artırmak gibi arz yönlü müdahaleler, gelişmekte olan ülkelerde doğum kontrolü kullanımını artırmada etkili olsa da, bu müdahalelerin etkisi sınırlı olmuştur (Ali ve ark., 2020).

Bireysel düzeydeki inançlar, tutumlar ve doğum kontrolüne yönelik tercihler gibi talep yönlü faktörlerin yeterince ele alınmamış olmasından kaynaklandığını öne sürmektedir. Doğum kontrolü kullanımını etkileyen sosyo-demografik faktörler hakkında kapsamlı araştırmalar yapılmış olsa da, doğum kontrolü kullanımını etkileyen

bireysel düzeydeki faktörler hakkında nispeten az araştırma yapılmıştır (Sedgh ve Hussain 2014).

Doğum kontrolü kullanımını anlamak için kişi merkezli bir yaklaşım, doğum kontrolü kullanımını etkileyebilecek bireysel düzeydeki faktörlerin yanı sıra, karşılanmamış ihtiyaca katkıda bulunabilecek ve gelişmekte olan ülkelerde karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını azaltmak için daha etkili programların geliştirilmesine katkıda bulunabilecek daha geniş sosyal, kültürel ve ekonomik faktörleri de hesaba katan çok düzeyli faktörleri belirlemeye yardımcı olabilir (Waidler ve ark., 2022). Ayrıca, kısırlık, kronik hastalık veya engellilik gibi tıbbi sorunlar bir bireyin doğum kontrolünü kullanma yeteneğini kısıtlayabilir veya belirli doğum kontrolü türlerine olan ihtiyacını artırabilir. Örneğin, belirli tıbbi durumlar kadınların belirli doğum kontrol yöntemlerini kullanmasını gerektirebilir ve bunu yapmamak olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Ayrıca, hormonal doğum kontrolünün üreme yolu enfeksiyonları üzerindeki olası olumsuz etkileri hakkındaki endişe, doğum kontrolü kullanmama kararına önemli bir katkıda bulunan faktör olarak belirlenmiştir (Aker ve ark., 2022). Üreme sağlığı sorunlarını ele almak ve uzmanlaşmış aile planlaması hizmetleri sağlamak, aile planlamasına olan karşılanmamış ihtiyacı azaltmaya yardımcı olabilir. Buna rağmen, üreme sağlığı sorunlarının doğum kontrolü kullanım karar verme sürecinin zorlayıcı bir nedeni olarak önemi, arz ve talep yan faktörlerine kıyasla daha az bilinmektedir. Hindistan'daki Uttar Pradesh gibi birçok gelişmekte olan bölgede, 15-45 yaş arası kadınlarda Üreme Yolu Enfeksiyonları/Cinsel Yol Enfeksiyonlarının yaygınlığının %52,2 kadar yüksek olduğu

bildirilmiştir (Sharma ve ark., 2022). Dünya genelinde üreme çağındaki (15-45) her 100 kadından 4'ü, trikomoniyazis, bakteriyel vajinozis, klamidy ve bel soğukluğu olmak üzere dört cinsel yolla bulaşan hastalıktan birine yakalanmaktadır (Parve ve ark., 2023).

11.Kadınların Doğum Kontrolü Karar Alma Sürecinin Karmaşıklıklarını Anlamak

Doğum kontrol yöntemlerini etkileyen birçok sosyal ve bireysel faktörün birbiriyle ilişkili olması ve nedensel faktörlerdeki zaman içindeki değişim örüntüsü, kadınların yaşam evresine bağlı doğum kontrol yöntemlerini kısıtlar. Örneğin, kadınlar yaşlandıkça, çocuk sahibi olma ve çocuk sahibi olma aralarını zamanla uzatma kararları, sosyal, ekonomik ve fiziksel refahın geçmiş ve şimdiki deneyimlerinden etkilenir. Edmeades, Lee-Rife ve Malhotra ve Edmeades doğum kontrol yöntemlerinin kullanımıyla ilgili mevcut araştırmaların, geçici doğum kontrol yöntemlerinin kadınların yaşamları boyunca nasıl ve neden değiştiğine dair dar anlayışımızla sınırlı olduğunu gözlemlemektedir (Edmeades 2008; Edmeades ve ark., 2010)

Karşılanmamış aile planlamasına ilişkin mevcut teoriler, doğum kontrol karar alma ve kullanımına ilişkin sosyal, sağlık, ekonomik ve yaşam evresiyle ilgili etkilerin bağımsız, kümülatif ve etkileşimli etkilerini sistematik olarak belirlemek için henüz yeterli bir çerçeve geliştirmemiştir (Zimmerman ve ark., 2021). Yapılan çalışmada Tüm kadınların %60'ı, sağlık personeli tarafından tüm doğum kontrol yöntemleri hakkında daha fazla bilgi ('daha sık, özellikle yeni ürünler için' veya 'daha kapsamlı' veya 'daha sık ve daha kapsamlı') almakla ilgileneceklerini belirtti. kısa süreli modern yöntem kullanma ve uzun süreli modern yöntem kullanma

kullanıcıları arasında daha fazla bilgi alma konusunda önemli bir fark vardı: Şu anda bir kısa süreli modern yöntem kullanma yöntemi kullanan kadınların neredeyse üçte ikisi (%64), ve uzun süreli modern yöntem kullanma kullananların %51'ine kıyasla daha fazla bilgi almakla ilgileniyordu. Tüm kadınların neredeyse üçte biri (%29) özellikle yeni ürünler hakkında bilgi almakla ilgileniyordu. Sağlık personeli, kadınların daha düzenli veya kapsamlı bilgi alma konusundaki ilgilerini hafife alma eğilimindeydi (%60), hastalarının yalnızca %46'sının ilgileneceğini beyan ediyordu. Ayrıca, hormonsuz veya düşük dozda hormon içeren doğum kontrolüne yönelik özel ilgi konusunda da bir uyumsuzluk vardı: Kadınların %62'si bu tür doğum kontrol yöntemlerine oldukça ilgi duyarken, sağlık personeli kadınların yalnızca %45'inin oldukça ilgi duyacağına inanıyordu (veri gösterilmemiştir) (Merki-Feld ve ark., 2018).

Hemşire olarak;

Kadınların doğum kontrolüne ilişkin kullanım, farkındalık ve kendi bildirdikleri bilgi düzeylerini değerlendirmek;

Mevcut yöntemlerden duyulan memnuniyeti, OC'ye uyumu da içerecek şekilde değerlendirin;

Kadınların doğum kontrolüne ilişkin ihtiyaç ve beklentilerini belirlemek ve tüm yöntemler hakkında düzenli veya daha kapsamlı bilgi alma konusundaki ilgilerini ölçmek;

Kadınların ihtiyaç ve beklentilerine ilişkin içgörülerini, sağlık çalışanlarının kadınların bir doğum kontrol yöntemi seçerken öncelikleri olarak algıladıkları şeylerle karşılaştıran.

Sonuç

Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimlerin giderilmesinde hemşirelerin rolü, bireylerin bilinçlenmesi ve sağlıklı kararlar alabilmesi adına eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri sunarak oldukça kritiktir. Hemşireler, topluma sağlık hizmetleri sunarken aile planlaması yöntemlerine erişimi artırarak istenmeyen gebeliklerin önlenmesine, kadın sağlığının korunmasına ve toplum sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur.

Kaynaklar

Gür, F., & Sohbet, R. (2017). Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum Ve Davranışları. Medical Sciences, 12(1), 10-21. <https://doi.org/10.12739/Nwsa.2017.12.1.1b0043>.

WHO, 2018b, Unmet need for family planning, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/.

Temel S. (2018). Karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerinin azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022a). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesapd_2022_world-family-planning.pdf).

Erenel A.Ş, Eroğlu K, 2009. Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yolu ile Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Yöntemine Etkisi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 2009; 19:179-188.

Daymaz D., Güner P., Özvarış ŞB. (2015). Aile Planlaması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/toplumayonelik/ap.pdf>

WHO 2018a. Postpartum family planning: essential for ensuring health of women and their babies, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/world-contraception-day-2018/en/

Ergöçmen BA, Bozbeyoğlu AÇ . An alternative approach to measure unmet need for family planning in Turkey. Turkish Journal of Population Studies. 2005;27:3-16.

Bongaarts J. The KAP-gap and the unmet need for contraception. Population and Development Review. 1991;17(2):293-315.

Bradley SEK, Casterline JB. Understanding unmet need: History, theory, and measurement. Studies in Family Planning. 2014;45(2):123-150).

Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. DHS Analytical Studies. Calverton MD: ICF International; 2012, No:25.

Doğan M. (2011). Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış, Marmara Coğrafya Dergisi, 23: 293-307.

TC Sağlık Bakanlığı Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi (2014), Ankara.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>

Özçelik E. (2016). Doğal aile planlaması yöntemleri, The Journal of Turkish Family Physician 2016;7(3):45-53.

UNFPA, 2018. Family planning, <https://www.unfpa.org/family-planning>

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. <https://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23356>.

WHO 2024a. Family planning/contraception methods. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Seçkiner PÇ (2013). Determinants of Unmet Need for Family Planning in Turkey with a Particular Emphasis on Different Approaches, Hacettepe University Institute of Population Studies Technical Demography Program, PhD Thesis. Ankara.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022.

Machiyama K, Casterline JB, Mumah JN, Huda FA, Obare F, Odwe G, Kabiru CW, Yeasmin S, Cleland J. Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: protocol for a multi-site cohort study. *Reprod Health*. 2017 Feb 9;14(1):23. doi: 10.1186/s12978-016-0268-z. PMID: 28183308; PMCID: PMC5299702.

Casterline JB, Sinding SW. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Popul Dev Rev*. 2000;26(4):691–723.

Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN, Potts M. Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Stud Fam Plann.* 2006;37(2):87–98.

Jones RK, Tapales A, Lindberg LD, Frost J. Using longitudinal data to understand changes in consistent contraceptive use. *Perspect Sex Reprod Health.* 2015. doi:10.1363/47e4615.

Cleland J, Harbison S, Shah IH. Unmet need for contraception: issues and challenges. *Stud Fam Plann.* 2014. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00380.x.

Casterline JB, Perez AE, Biddlecom AE. Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines. *Stud Fam Plann.* 1997;28(3):173–91.

Eryılmaz N, 2014. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B, 2011. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. *Van Tıp Dergisi.* 2011; 18(2): 68-76.

Ofurum IC, Mba OG, Enyindah CE. Factors associated with unmet needs for family planning among people living with HIV/AIDS in the South-South Region of Nigeria. *J Adv Med Pharm Sci.* 2023;251:10–22.

Sezer Yıldız, M., & Özerdoğan, N. (2021). Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve İlişkili Faktörler. In Ebelikte Güncel Çalışmalar (pp. 135–142). Akademisyen Kitabevi

Ali M, Azmat SK, Hamza HB, Rahman MM. Assessing effectiveness of multipurpose voucher scheme to enhance contraceptive choices, equity, and child immunization coverage: results of an interventional study from Pakistan. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:1061–1074. doi: 10.2147/JMDH.S245900

Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann.* 2014;45(2):151–169. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x.

Waidler J, Gilbert U, Mulokozi A, Palermo T. A “Plus” Model for safe transitions to adulthood: impacts of an integrated intervention layered onto A national social protection program on sexual behavior and health seeking among tanzania’s youth. *Stud Fam Plann.* 2022;53(2):233–258.

Akter T, Festin M, Dawson A. Hormonal contraceptive use and the risk of sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022;12(1):20325. doi: 10.1038/s41598-022-24601-y.

Sharma S, Saxena V, Mundhra R, Garg D, Mallick BK, Bahadur A. Pattern and clinico-epidemiological profile of female patients of RTI/STIs attending an STI clinic in Uttarakhand, India. *J Fam Med Prim Care.* 2022;11(11):7357–7361.

Parve S, Acharya S, Rawat S, Kulkarni R. A study of sexually transmitted infections and reproductive tract infections among the bar girls in Mumbai, India. *J Fam Med Prim Care.* 2023;12(1):10–14.

Edmeades J. The legacies of context: past and present influences on contraceptive choice in Nang Rong, Thailand. *Demography*. 2008;45(2):283–302. doi: 10.1353/dem.0.0004.

Edmeades J, Lee Rife SM, Malhotra A. Women and reproductive control: the nexus between abortion and contraceptive use in Madhya Pradesh, India. *Stud Fam Plann*. 2010;41(2):75–88.

Zimmerman LA, Sarnak DO, Karp C, et al. Family planning beliefs and their association with contraceptive use dynamics: results from a longitudinal study in Uganda. *Stud Fam Plann*. 2021;52(3):241–258. doi: 10.1111/sifp.12153.

Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018;23(3):183–193. doi: 10.1080/13625187.2018.1465546

BÖLÜM III

Diyabetli Bireylerde Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik

Yeşim BAĞCI¹

1.GİRİŞ

Diyabet, modern yaşamın getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri ve artan obezite oranları nedeniyle küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik bir hastalık olan diyabet, yalnızca fiziksel sağlık üzerindeki etkileriyle değil, aynı zamanda bireylerin psikososyal refahını da derinden etkileyen çok boyutlu bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen diyabet, bireylerde komplikasyon risklerini artırarak yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (WHO, 2023). Bu durum, diyabetin yönetiminde sadece fizyolojik faktörlere değil, aynı

¹ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Refahiye Bahar Yıldırım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Erzincan/Türkiye, orcid:0000-0003-3183-5855, e-mail: yesim.bagci@erzincan.edu.tr

zamanda bireyin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına da odaklanmayı gerektirir.

Diyabetin sürekli kontrol gerektiren doğası, bireylerin günlük yaşamlarına entegre etmeleri gereken önemli davranış değışikliklerini zorunlu kılmaktadır. Ancak bu süreç, bireylerde stres, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir. Psikososyal sorunlar, diyabet yönetimini güçleştirerek bireylerin tedaviye uyumunu azaltmakta ve hastalıkla ilişkili komplikasyon risklerini artırmaktadır. Bu nedenle, diyabetli bireylerde psikososyal sorunların tespiti ve yönetimi, diyabet bakımının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir (Peyrot & ark., 2005).

Hemşireler, diyabet yönetiminde kritik bir role sahiptir. Bireylerin eğitimini sağlamak, psikososyal sorunlarını erken dönemde tespit etmek ve bu sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Eğitim, danışmanlık ve destekleyici tedaviler, bireylerin diyabetle etkin bir şekilde başa çıkmalarını sağlamanın yanı sıra, yaşam kalitelerini artırmaya yönelik etkili stratejilerdir. Ayrıca, hemşirelerin birey merkezli yaklaşımlar benimseyerek hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılaması, tedavi başarısını artırmaktadır.

Bu kitap bölümü, diyabetin bireyler üzerindeki psikososyal etkilerini ele alırken, hemşirelerin bu süreçteki kritik rollerine odaklanmaktadır. Risk faktörlerinin belirlenmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve destekleyici tedavilerin uygulanması gibi konular, diyabetli bireylerin yaşam kalitesini

iyileştirmek ve hastalık yönetiminde başarı sağlamak için temel stratejiler olarak öne çıkmaktadır.

2. DİYABETİN TANIMI VE SIKLIğI

Diyabet, insülin eksikliği veya insülinin etkin kullanılamaması sonucu kan glikoz seviyelerinin kronik olarak yüksek seyretmesiyle karakterize edilen metabolik bir bozukluktur. Bu durum, bireylerde bir dizi semptomla kendini gösterir. Polidipsi, poliüri, noktüri, halsizlik, iştahsızlık, ağız kuruluğu, bulanık görme, kilo kaybı ve tekrarlayan enfeksiyonlar, diyabetin en sık rastlanan belirtileri arasındadır (TEMD, 2022). Diyabet, Tip 1, Tip 2, gestasyonel ve spesifik diyabet olmak üzere dört temel kategoride sınıflandırılmaktadır.

Tip 1 diyabet, çocukluk ve gençlik dönemlerinde başlayan, sıklıkla akut hiperglisemi veya diyabetik ketoasidoz ile tanımlanan bir türüdür ve tüm diyabet vakalarının %5-10'unu oluşturur (IDF, 2021; TEMD, 2022). Tip 2 diyabet ise daha yavaş seyirli bir başlangıca sahiptir ve yetişkinlerde insülin sekresyonunda bozulma sonucu ortaya çıkar. Bu tür, tüm diyabet vakalarının %90-95'ini kapsamaktadır. İlk kez gebelik döneminde glikoz intoleransıyla tanımlanan gestasyonel diyabet, geçici bir durum gibi görünse de hem anne hem de ocuk için uzun vadeli sağlık riskleri taşımaktadır (Olgun & etinkaya, 2021). Spesifik diyabetler ise pankreası etkileyen çeşitli nedenlerle ortaya çıkan nadir bir diyabet türüdür (Semerci, 2022).

Dünya Sağlık rgt (WHO), dünya genelinde diyabetin yetişkin nüfusun %8.5'ini etkilediğini ve bu oranın hızla arttığını bildirmektedir (WHO, 2023). Uluslararası Diyabet Federasyonu

(IDF), 2021 yılında dünyada 537 milyon diyabetli bireyin bulunduğunu, bu sayının 2045 yılında 783 milyona ulaşacağını öngörmektedir (IDF, 2021). Türkiye'de ise erişkin nüfusun yaklaşık %13'ü diyabetle yaşamaktadır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Diyabetin bireysel ve toplumsal düzeyde önemli sonuçları vardır. Bireysel düzeyde, diyabet kalp-damar hastalıkları, böbrek yetmezliği, nöropati ve retinopati gibi komplikasyonlara yol açarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Toplumsal düzeyde ise diyabet, sağlık harcamalarını artırarak ekonomik ve sosyal bir yük oluşturur (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018). Özellikle diyabetle ilişkili komplikasyonların maliyeti, bireylerin ve sağlık sistemlerinin üzerinde ciddi bir baskı yaratmaktadır (Peyrot & ark., 2005).

Diyabetin yalnızca fiziksel sağlık üzerindeki etkileri değil, aynı zamanda bireylerin psikososyal durumları üzerindeki etkileri de dikkate alınmalıdır. Kronik bir hastalık olan diyabet, bireylerde stres, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlara yol açabilir. Bu sorunlar, bireylerin hastalık yönetim becerilerini ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyerek kan şekeri kontrolünü zorlaştırabilir. Bunun sonucunda, diyabetle ilişkili komplikasyonların riski artar ve bireylerin yaşam süresi ile kalitesi azalır (Rubin, 2005).

Diyabetin yaygınlaşmasının başlıca nedenleri arasında yaşam tarzı değişiklikleri, hareketsizlik, dengesiz beslenme ve obezite bulunmaktadır. Bu faktörler, yalnızca ileri yaş gruplarında değil, genç nüfus arasında da diyabet görülme sıklığını artırmıştır (Muslu, Ardahan & Günbayı, 2017). Diyabetin komplikasyonları nedeniyle

bireylerde iş gücü kaybı yaşanabilir, yaşam süresi kısalabilir ve ekonomik kayıplar artabilir (Olgun & ark., 2017).

Sonuç olarak, diyabetin artan prevalansı, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için ulusal ve uluslararası düzeyde kapsamlı sağlık politikalarının geliştirilmesini gerektirmektedir. Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler, bu süreçte hayati bir role sahiptir. Diyabet yönetiminde bireylerin eğitimi ve psikososyal destek sağlanması hem bireysel hem de toplumsal sağlık sonuçlarını iyileştiren temel stratejiler arasında yer almaktadır (Tanrıverdi, Çelepkolu & Aslanhan, 2013).

3. DİYABET VE PSİKOSOSYAL SORUNLAR

3.1. Psikososyal Sorunların Tanımı ve Sınıflandırılması

Psikososyal sorunlar, bireylerin psikolojik durumları ile sosyal çevreleri arasındaki etkileşimden kaynaklanan, ruhsal ve sosyal refahlarını etkileyen problemlerdir. Bu tür sorunlar, genellikle bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal işlevlerini olumsuz etkiler. Özellikle kronik hastalıklarda, bireylerin hastalık yönetimine ilişkin algıları, stres düzeyleri ve sosyal destek mekanizmaları bu sorunların gelişiminde önemli rol oynar (Peyrot & ark., 2005). Diyabet gibi sürekli kontrol gerektiren bir hastalıkta bu tür sorunlar daha da belirgin hale gelir.

Psikososyal sorunlar, üç temel kategoride incelenebilir. Duygusal sorunlar, bireylerin hissettiği kaygı, üzüntü ve çaresizlik gibi hislerle ilgilidir. Örneğin, depresyon ve anksiyete, diyabetli bireylerde sıklıkla rastlanan duygusal sorunlardır (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018). Bilişsel sorunlar, bireylerin hastalığa ve tedavi sürecine yönelik düşüncelerindeki olumsuzlukları ve hastalıkla ilgili

yeterlilik algısındaki eksiklikleri içerir. Öz-yeterlik eksikliği ve karamsarlık, bu sorunlara örnek olarak gösterilebilir (Karakurt, Aşlar & Yıldırım, 2013). Sosyal sorunlar ise bireylerin destek mekanizmalarındaki eksiklikler veya sosyal izolasyon gibi durumlarla ilişkilidir.

Diyabetli bireylerde psikososyal sorunlar, bireyin hastalık yönetimini ve genel yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Örneğin, depresyon bireylerin tedaviye uyumunu azaltırken, sosyal izolasyon bireylerin hastalıkla mücadelede yalnız hissetmesine neden olabilir. Bu sorunlar, bireylerin öz-bakım davranışlarını olumsuz etkileyerek diyabet yönetimini daha da zorlaştırır (Schmidt & ark., 2020). Bu nedenle, psikososyal sorunların tespit edilmesi ve yönetimi, diyabet bakımında kritik bir öneme sahiptir.

Sonuç olarak, psikososyal sorunlar diyabet gibi kronik hastalıklarda bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyen çok boyutlu sorunlardır. Bu sorunların etkili bir şekilde ele alınması, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve diyabet yönetiminde başarı sağlamak için temel bir gerekliliktir (Peyrot & ark., 2005).

3.2. Diyabet ile İlişkili Psikososyal Sorunlar

3.2.1. Diyabet ve Depresyon

Depresyon, diyabetli bireylerde en sık görülen psikososyal sorunlardan biridir. Diyabet, bireyin yaşam tarzında sürekli değişiklikler yapmayı gerektirir ve bu durum bireylerde tükenmişlik hissine yol açabilir. Araştırmalar, diyabetli bireylerde depresyon prevalansının diyabeti olmayan bireylere göre iki kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (Ali & ark., 2006). Bu durum, bireyin öz-bakım davranışlarını etkileyerek diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi gibi

temel sorumluluklarını yerine getirmesini zorlaştırır (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018).

Depresyon sadece bireyin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda fizyolojik sağlık göstergelerini de etkiler. Depresyonlu diyabetli bireylerde HbA1c seviyelerinin daha yüksek olduğu ve komplikasyon riskinin arttığı bildirilmiştir (Lin & ark., 2008). Depresyonun bireyin tedaviye uyumunu azaltması, diyabetin uzun vadeli yönetimi açısından ciddi bir sorun teşkil eder.

Ayrıca, depresyon diyabetle ilişkili komplikasyon risklerini artırır. Depresif bireylerin diyabet yönetimi konusunda motivasyon kaybı yaşaması, tedavi süreçlerini aksatmalarına neden olabilir. Bu nedenle, depresyonun erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi edilmesi büyük bir önem taşır (Peyrot & ark., 2005).

Sonuç olarak, depresyon, diyabet yönetimini zorlaştıran ve bireyin yaşam kalitesini düşüren bir durumdur. Bu nedenle, hemşireler ve sağlık çalışanlarının, depresyon belirtilerini erken dönemde tespit ederek bireyleri uygun psikolojik destek mekanizmalarına yönlendirmesi hayati bir öneme sahiptir (Ali & ark., 2006).

3.2.2. Diyabet ve Anksiyete

Anksiyete, diyabetli bireylerde sıklıkla görülen bir diğer psikososyal sorundur. Kan şekeri dalgalanmaları, hipoglisemi korkusu ve diyabet komplikasyonlarına ilişkin endişeler, bireylerde sürekli bir kaygı hali yaratabilir (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996). Bu durum, bireylerin tedaviye uyumunu zorlaştırarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Diyabetli bireylerde anksiyetenin sık görülmesinin bir diğer nedeni, hastalığın sürekli kontrol gerektiren doğasıdır. Anksiyete, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamalarına ve sosyal hayattan çekilmelerine neden olabilir. Ayrıca, anksiyete tedavi uyumunu zayıflatarak diyabet yönetimini olumsuz etkileyebilir (Zhang, Chen & Chen, 2008).

Anksiyete ile diyabet arasındaki ilişki, fizyolojik düzeyde de kendini gösterir. Stres hormonlarının artışı, kan şekeri kontrolünü zorlaştırır ve diyabet komplikasyonlarına yol açabilir. Bu nedenle, anksiyetenin hem psikolojik hem de fizyolojik boyutlarının ele alınması gereklidir (Hür, 2015).

Sonuç olarak, anksiyete, diyabetli bireylerin hem ruhsal hem de fiziksel sağlıklarını etkileyen önemli bir sorundur. Hemşireler, anksiyete belirtilerini tespit ederek bireyleri destekleyici mekanizmalara yönlendirmeli ve gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık sağlamalıdır (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018).

3.2.3. Diyabet ve Stres

Stres, diyabetli bireylerde yaygın olarak gözlemlenen bir diğer önemli sorundur. Diyabetin sürekli yönetim gerektiren yapısı, bireylerde kronik stres yaratır (Karakurt, Aşilar & Yıldırım, 2013). Özellikle stres hormonlarının artışı, insülin direncini artırarak kan şekeri kontrolünü zorlaştırır ve komplikasyon riskini artırır (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018).

Stres, bireylerin hastalığı yönetme motivasyonunu da olumsuz etkiler. Diyabet yönetiminin günlük yaşamın bir parçası haline gelmesi, bireylerde tükenmişlik hissi ve yetersizlik algısına neden

olabilir. Bu durum, bireylerin tedaviye uyumunu ve öz-bakım becerilerini olumsuz etkiler (Peyrot & ark., 2005).

Ayrıca, stresin bireyin sosyal hayatı üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Sürekli stres altında olan bireyler, sosyal çevrelerinden uzaklaşabilir ve yalnızlık hissi yaşayabilirler. Bu durum, bireyin sosyal destek mekanizmalarını kaybetmesine ve diyabet yönetiminde daha fazla zorlanmasına neden olabilir (Schmidt & ark., 2020).

Sonuç olarak, stres, diyabet yönetimini zorlaştıran ve bireyin yaşam kalitesini düşüren bir etkidir. Hemşirelerin, stres yönetimi konusunda bireylere rehberlik etmesi ve stresle başa çıkma stratejilerini öğretmesi büyük bir önem taşır (Karakurt, Aşilar & Yıldırım, 2013).

3.2.4. Diyabet ve Sosyal İzolasyon

Sosyal izolasyon, diyabetli bireylerin toplumdan uzaklaşmasına ve yalnızlık hissetmesine neden olan önemli bir psikososyal sorundur. Diyabetin getirdiği günlük sorumluluklar ve komplikasyon korkuları, bireylerin sosyal çevrelerinden kopmasına yol açabilir (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996).

Araştırmalar, güçlü sosyal destek ağlarına sahip bireylerin diyabet yönetiminde daha başarılı olduklarını göstermektedir (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012). Sosyal izolasyon yaşayan bireyler, yalnızlık hissiyle mücadele ederken depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar geliştirebilirler. Bu durum, diyabet yönetimini daha da zorlaştırır.

Sosyal destek eksikliği, bireylerin hastalıkla başa çıkma becerilerini azaltır. Sosyal çevre tarafından sağlanan destek,

bireylerin hastalık yönetiminde kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlar. Bu nedenle, sosyal izolasyonun önlenmesi, diyabet yönetiminde kritik bir rol oynar (Peyrot & ark., 2005).

Sonuç olarak, sosyal izolasyon, diyabetli bireylerde tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorundur. Hemşireler, bireylerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmek ve sosyal izolasyonla başa çıkmalarını sağlamak için önemli bir role sahiptir (Schmidt & ark., 2020).

3.2.5. Diyabet ve Düşük Öz-Yeterlik

Öz-yeterlik, bireyin kendi becerilerine ve hastalık yönetimine olan inancını ifade eder. Diyabetli bireylerde düşük öz-yeterlik, tedaviye uyumu ve hastalık yönetimini olumsuz etkiler (Karakurt, Aşlar & Yıldırım, 2013). Diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı gibi tedavi gereklilikleri, düşük öz-yeterliğe sahip bireyler için daha karmaşık hale gelir.

Düşük öz-yeterlik, bireylerin motivasyon kaybına yol açarak tedavi süreçlerini aksatmasına neden olabilir. Araştırmalar, öz-yeterliği yüksek bireylerin, diyabet yönetiminde daha başarılı olduklarını göstermektedir (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018). Bu nedenle, bireylerin öz-yeterliklerini artırmaya yönelik müdahaleler, diyabet bakımında kritik bir öneme sahiptir.

Hemşireler, bireylerin öz-yeterlik düzeylerini değerlendirmeli ve gerekli durumlarda destekleyici eğitim programları düzenlemelidir. Eğitim, bireylerin kendilerine olan güvenlerini artırarak diyabet yönetiminde daha etkin olmalarını sağlar (Peyrot & ark., 2005).

Sonuç olarak, düşük öz-yeterlik, diyabet yönetimini zorlaştıran ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Hemşireler, bireylerin öz-yeterliklerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirerek diyabet bakımına önemli katkılarda bulunabilirler (Schmidt & ark., 2018).

3.3. Psikososyal Sorunların Bireylere Yaratacağı Olumsuzluklar

Diyabetle ilişkili psikososyal sorunlar, bireylerin hastalık yönetim süreçlerini karmaşık hale getiren çeşitli olumsuzluklar yaratır. Psikososyal sorunların bireyler üzerindeki etkileri; tedaviye uyumsuzluk, komplikasyon riskinde artış, yaşam kalitesinde düşüş, ekonomik ve sosyal yüklerin artması ve motivasyon eksikliği gibi çok boyutlu zorlukları içerir. Bu sorunların etkili bir şekilde ele alınmaması, bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

3.3.1. Tedaviye Uyumsuzluk

Diyabetle ilişkili psikososyal sorunların en önemli sonuçlarından biri tedaviye uyumsuzluktur. Depresyon ve anksiyete, bireylerin öz bakım davranışlarını olumsuz etkileyerek tedaviye olan bağlılığı azaltır. Özellikle depresyon, diyabetli bireylerin ilaç yönetimi, diyet ve egzersiz gibi temel tedavi gerekliliklerini yerine getirmesini zorlaştırır (Roy & Lloyd, 2012). Bu durum, glisemik kontrolün bozulmasına ve diyabete bağlı komplikasyonların gelişme riskinin artmasına neden olur.

Anksiyete, hipoglisemi korkusunu artırarak bireylerin kan şekeri ölçümlerini ihmal etmelerine veya gereksiz insülin kullanmalarına yol açabilir. Bu durum, yalnızca kısa vadeli tedavi başarısını değil, uzun vadeli hastalık yönetimini de sekteye uğratır

(Kayır & Öztekin, 2022). Örneğin, stres altında olan bireyler, önerilen tedavi protokollerine uyum sağlamakta daha fazla zorluk çekebilir ve bu durum tedavi sonuçlarının kötüleşmesine neden olabilir.

Psikososyal sorunların tedaviye uyumu nasıl etkilediği konusunda yapılan çalışmalar, depresyonun diyabet yönetiminde öz-bakım aktivitelerini azaltarak tedaviye uyumu zorlaştırdığını göstermiştir (Peyrot & ark., 2005). Ayrıca, depresyonun bireylerin motivasyonunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve bu durumun glisemik kontrol üzerinde doğrudan etkili olduğu ifade edilmiştir (Kovacs, Goldstan & Iyengar, 2019).

Tedaviye uyumsuzluk, bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikososyal refahlarını da etkileyebilir. Örneğin, bireyler tedaviye uyum sağlayamadıklarında sosyal çevrelerinden destek bulmakta zorlanabilir ve bu durum, sosyal izolasyonu artırabilir (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012). Bu tür olumsuzlukların önüne geçmek için psikososyal sorunların erken tanımlanması ve yönetimi büyük önem taşır.

3.3.2. Komplikasyon Riski

Psikososyal sorunlar, diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişme riskini artırabilir. Özellikle depresyon ve kronik stres, bireylerin metabolik kontrolünü bozarak komplikasyon riskini yükseltir (Skinner, Joensen & Parkin, 2020). Stres hormonlarının, özellikle kortizol ve adrenalin düzeylerinin artışı, insülin duyarlılığını azaltarak hiperglisemiye neden olur. Bu durum, diyabetli bireylerin kan şekeri kontrolünü zorlaştırır ve komplikasyon riskini artırır.

Uzun vadeli komplikasyonların gelişimi, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen başlıca faktörlerden biridir. Diyabete bağlı nöropati, retinopati ve kardiyovasküler hastalıklar gibi komplikasyonlar, bireylerin fiziksel hareketliliğini kısıtlayarak bağımsız yaşam becerilerini azaltır (American Diabetes Association, 2015). Komplikasyonların yönetimi, yalnızca fiziksel sağlık hizmetlerini değil, aynı zamanda psikososyal desteği de içermelidir.

Psikososyal sorunların komplikasyon riskini artırma mekanizmaları, bireylerin tedaviye olan bağlılığını zayıflatmasıyla ilişkilidir. Özellikle depresyon, bireylerin öz bakım davranışlarını ihmal etmesine neden olur ve bu durum glisemik kontrolün bozulmasına yol açar (Aikens, 2012). Bunun yanı sıra, depresyonlu bireylerde stres hormonlarının daha yüksek seviyelerde olduğu ve bunun insülin etkisini azalttığı belirtilmiştir (Roy & Lloyd, 2012).

Komplikasyon risklerinin artması, bireylerin ekonomik ve sosyal yüklerini de artırabilir. Diyabetle ilişkili komplikasyonların tedavi maliyetleri, bireylerin ekonomik durumlarını zorlaştırabilir ve bu durum psikososyal sorunları daha da kötüleştirebilir. Bu nedenle, hemşirelerin bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını dikkate alarak bütüncül bir yaklaşımla komplikasyon risklerini yönetmesi önemlidir (Schmidt & ark., 2018).

3.3.3. Yaşam Kalitesinin Düşmesi

Psikososyal sorunlar, diyabetli bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür. Depresyon ve anksiyete, bireylerin sosyal ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına yol açar (Skinner & ark., 2020). Sosyal destek eksikliği, bireylerin yalnızlık hissini artırır ve bu durum depresyon

ve anksiyete gibi psikolojik sorunların yaygınlaşmasına neden olabilir (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012).

Yaşam kalitesindeki düşüş, yalnızca bireyin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda fiziksel sağlığını da etkiler. Özellikle depresyon ve sosyal izolasyon, bireylerin hastalık yönetim becerilerini zayıflatarak glisemik kontrolün bozulmasına neden olur (Kovacs, Goldstan & Iyengar, 2019). Bu durum, bireylerin uzun vadeli sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir ve hastalığın yönetimini daha karmaşık hale getirebilir.

Sosyal ilişkilerdeki zayıflık ve destek eksikliği, bireylerin kendilerini toplumdan soyutlanmış hissetmelerine neden olabilir. Bu durum, bireylerin yalnızlık hissini artırarak depresyon ve anksiyete gibi sorunların yaygınlaşmasına yol açar (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012). Ayrıca, bireylerin sosyal çevrelerinden aldığı desteğin azalması, diyabet yönetimindeki motivasyonu olumsuz etkileyebilir.

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejiler arasında sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve bireylerin psikososyal sorunlarının ele alınması yer alır. Hemşireler, bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek için psikolojik destek sağlamalı ve bireylerin sosyal çevreleriyle daha güçlü bağlar kurmasına yardımcı olmalıdır (Skinner, Joensen & Parkin, 2020).

3.3.4. Ekonomik ve Sosyal Yük

Psikososyal sorunlar, bireylerde ekonomik ve sosyal yüklerin artmasına neden olur. Depresyon ve anksiyete, bireylerin iş gücü verimliliğini azaltarak ekonomik kayıplara yol açabilir (Schmidt & ark., 2018). Özellikle düşük gelir grubundaki bireylerde, tedavi

masrafları ve komplikasyonların maliyetleri önemli bir ekonomik yük oluşturur (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996).

Ekonomik zorlukların yanı sıra sosyal bağların zayıflaması, bireylerin toplumdan kopmasına neden olabilir. Bu durum, bireylerin sosyal çevrelerinden aldıkları desteği azaltarak depresyon ve anksiyete riskini artırır (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012). Sosyal destek eksikliğinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi oldukça büyüktür ve bu durum diyabet yönetim süreçlerini olumsuz etkiler.

Ekonomik yükler, bireylerin yalnızca tedavi masraflarını değil, aynı zamanda diyabetle ilişkili diğer maliyetleri de kapsar. Özellikle diyabete bağlı komplikasyonların tedavisi, bireylerin ekonomik durumlarını zorlaştırarak psikososyal sorunların şiddetlenmesine neden olabilir (Schmidt & ark., 2018). Hemşirelerin, bireylerin ekonomik ve sosyal zorluklarını anlamak ve bu konularda destek sağlamak için multidisipliner bir yaklaşım benimsemesi önemlidir.

Sosyal yüklerin azaltılması için bireylerin sosyal destek mekanizmalarına erişimi artırılmalı ve psikososyal sorunlarının ele alınması sağlanmalıdır. Özellikle sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, bireylerin yalnızlık hissini azaltarak yaşam kalitesini iyileştirebilir (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012).

3.3.5. Motivasyon Eksikliği

Psikososyal sorunlar, bireylerin diyabet yönetimine yönelik motivasyonlarını olumsuz etkiler. Özellikle depresyon, bireylerin öz bakım aktivitelerine olan ilgisini ve hastalık yönetimindeki sorumluluk duygusunu azaltır (Peyrot & ark., 2005). Motivasyon

eksikliği, bireylerin tedaviye olan bağlılığını azaltarak glisemik kontrolün bozulmasına neden olur (Kayır & Öztekin, 2022).

Düşük motivasyon, bireylerin diyet, egzersiz ve ilaç kullanımını aksatmasına yol açar. Bu durum, kısa vadede kan şekeri dalgalanmalarına ve uzun vadede komplikasyonlara neden olur. Hemşirelerin, bireylerin motivasyon düzeylerini artırmaya yönelik psikososyal müdahalelerde bulunması, tedavi süreçlerinin başarıya ulaşmasında kritik bir role sahiptir (Roy & Lloyd, 2012).

4. DİYABETLİ BİREYLERDE PSİKOSOSYAL SORUNLARA HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİ

4.1. Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve İzlenmesi

Psikososyal sorunların önlenmesi, bireylerde mevcut risk faktörlerinin erken tespiti ile başlar. Diyabetli bireylerde depresyon, anksiyete ve stres gibi psikososyal sorunların yaygın olması, bu risk faktörlerinin düzenli olarak değerlendirilmesini zorunlu hale getirir. Hemşireler, bireylerin ruhsal sağlık durumlarını, yaşam tarzlarını ve çevresel koşullarını detaylı bir şekilde analiz ederek bu riskleri belirleme ve izleme sorumluluğuna sahiptir (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996). Özellikle düşük sosyoekonomik durum, yetersiz sosyal destek, kronik stres ve kötü yaşam tarzı alışkanlıkları gibi faktörler, diyabetli bireylerin psikososyal sorunlarla karşılaşma riskini artırmaktadır.

Hemşireler, bireylerin psikososyal sorunlarla başa çıkabilmelerini desteklemek için bireyselleştirilmiş önleyici stratejiler geliştirmelidir. Bu stratejiler arasında stres yönetimi eğitimi, düzenli fiziksel aktivite önerileri ve sosyal destek gruplarına katılım teşviki gibi uygulamalar yer alır. Bu tür müdahaleler,

bireylerin ruhsal ve sosyal dayanıklılıklarını artırarak yaşam kalitelerini destekler (Peyrot & ark., 2005). Aynı zamanda, psikososyal sorunlar açısından yüksek risk taşıyan bireylerin profesyonel yardım almasını sağlamak da hemşirelerin temel görevlerinden biridir.

Risk faktörlerinin belirlenmesi ve izlenmesinde kullanılan değerlendirme araçları, hemşirelere rehberlik eder. Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği gibi ölçüm araçları, bireylerin ruhsal sağlık ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek için etkili yöntemlerdir (Peyrot & ark., 2005). Bu araçlardan elde edilen veriler, bireysel bakım planlarının oluşturulmasında kritik bir rol oynar. Hemşirelerin bu değerlendirmeleri düzenli izlem süreçlerine entegre etmesi, psikososyal sorunların erken dönemde tespit edilmesine ve önlenmesine katkı sağlar.

Psikososyal risk faktörlerinin izlenmesi, sadece bireyin ruhsal sağlık durumunu değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerini ve çevresel koşullarını da kapsamalıdır. Sosyal izolasyon riski taşıyan bireyler için grup terapileri veya sosyal destek gruplarına katılım teşvik edilebilir. Bu tür destekleyici uygulamalar, bireylerin sosyal bağlarını güçlendirirken aynı zamanda ruhsal sağlıklarını da koruyabilir (Karakurt, Aşılar & Yıldırım, 2013). Hemşireler, bireylerin yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon gibi sorunlarla başa çıkabilmeleri için rehberlik sağlayarak bu süreçte aktif bir rol oynar.

Hemşirelik bakımında psikososyal sorunların erken değerlendirilmesi, bireylerin genel sağlık durumlarının iyileştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Depresyon, anksiyete ve

sosyal izolasyon gibi sorunları tespit etmek için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve Beck Depresyon Envanteri gibi araçlar kullanılabilir. Bu değerlendirme araçları, bireylerin ruhsal sağlık durumlarını kapsamlı bir şekilde analiz ederek, müdahale süreçlerine rehberlik eder (Karakurt, Aşlar & Yıldırım, 2013).

Ayrıca, sosyal destek sistemlerini ve öz-yeterlik düzeylerini ölçmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) gibi ölçüm araçları tercih edilebilir. Bu ölçekler, bireylerin sosyal destek algılarını değerlendirerek, hemşirelerin bireyselleştirilmiş müdahaleler planlamasına olanak tanır (Peyrot & ark., 2005). Sosyal destek eksikliğinin tespit edilmesi, bireyin yalnızlık hissini azaltacak ve sosyal bağlarını güçlendirecek stratejilerin oluşturulmasını sağlar.

Sonuç olarak, risk faktörlerinin belirlenmesi ve izlenmesi, diyabetli bireylerde psikososyal sorunların önlenmesi için temel bir süreçtir. Hemşirelerin bu süreçteki rolleri, yalnızca risk faktörlerini tespit etmekle sınırlı değildir. Bireylerin ihtiyaçlarına uygun müdahaleler planlamak ve uygulamak da bu rolün ayrılmaz bir parçasıdır. Bu yaklaşımlar, bireylerin hem genel sağlık durumlarını hem de diyabetle başa çıkma kapasitelerini destekler. Hemşirelerin birey merkezli bir yaklaşım benimseyerek düzenli izlem ve müdahalelerde bulunması, psikososyal sorunların önlenmesinde büyük önem taşır.

4.2. Eğitim ve Danışmanlık

Eğitim ve danışmanlık, diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde etkin rol almalarını sağlamak için kritik önem taşıyan hemşirelik müdahalelerindendir. Diyabet yönetimi, bireylerin

hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarını, öz-yönetim becerilerini geliştirmelerini ve bu becerileri sürdürülebilir bir şekilde uygulamalarını gerektirir. Hemşireler, bireylerin eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek bireyselleştirilmiş eğitim planları hazırlamalı ve bu süreçte danışmanlık hizmetleriyle destekleyici bir rol üstlenmelidir (Kavak & Aktürk, 2019).

4.2.1. Eğitim Süreci ve Uygulama Alanları

Eğitim programları, diyabetin temel yönetim alanlarına odaklanmalıdır. Kan şekeri kontrolü, beslenme düzenlemeleri, insülin uygulamaları ve fiziksel aktivitenin önemi gibi konular, eğitim sürecinin temel unsurlarını oluşturur. Bu programlar, bireylerin tedaviye olan bağlılıklarını artırırken, öz-yönetim becerilerini güçlendirmelerine de yardımcı olur (Peyrot & ark., 2005). Grup eğitimleri, bireylerin bilgi paylaşımı ve destek alabileceği ortamlar sunarak sosyal bağları güçlendirebilir.

Eğitim sürecinde bireyselleştirilmiş yaklaşımlar benimsenmelidir. Bireylerin öğrenme kapasiteleri, bilgi düzeyleri ve sosyal destek ağları farklılık gösterebilir. Hemşireler, bireylerin ihtiyaçlarını anlayarak, bu farklılıklara uygun eğitim içerikleri hazırlamalıdır. Ayrıca, eğitim sürecine aile üyelerinin dahil edilmesi, bireylerin sosyal destek mekanizmalarını güçlendirerek öğrenme süreçlerini kolaylaştırır ve sürdürülebilir hale getirir (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018).

4.2.2. Danışmanlık Hizmetleri

Danışmanlık, hemşirelerin diyabetli bireylerin karşılaştığı zorluklara yönelik rehberlik ettiği önemli bir müdahale yöntemidir. Danışmanlık hizmetleri, bireylerin psikolojik sorunlarıyla baş

etmelerine yardımcı olurken, aynı zamanda sosyal destek mekanizmalarını da güçlendirmeyi hedefler (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996). Özellikle depresyon ve anksiyete gibi sorunlarla başa çıkmada etkili olan bilişsel davranışçı terapiler ve motivasyonel görüşme teknikleri, danışmanlık sürecinde uygulanabilir (Skinner, Joensen & Parkin, 2020).

Danışmanlık, bireylerin öz-yönetim becerilerini desteklemenin yanı sıra, tedaviye olan bağlılıklarını artırır. Hemşireler, bireylerin sorularını yanıtlayarak ve karşılaştıkları zorluklara çözüm sunarak diyabet yönetiminde güvenilir bir kaynak sağlar. Ayrıca, bireylerin profesyonel destek almalarının önemini vurgulayan hemşireler, bireylerin ruhsal sağlık sorunlarını erken dönemde fark etmelerini teşvik edebilir (Schmidt & ark., 2018).

4.2.3. Bütüncül Yaklaşımın Önemi

Eğitim ve danışmanlık süreçlerinde hemşirelerin, bireylerin fiziksel ve psikososyal sağlık durumlarını bir bütün olarak ele almaları önemlidir. Bu, bireylerin yalnızca hastalıklarını yönetmelerine değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini artırmalarına da katkı sağlar. Hemşireler, bireylerin öğrenme süreçlerini desteklemek için açık ve etkili iletişim kurmalı, eğitim sürecini teşvik edici ve motive edici bir yaklaşımla sürdürmelidir (Karakurt, Aşıl & Yıldırım, 2013).

Sonuç olarak, eğitim ve danışmanlık, diyabetli bireylerin psikososyal sorunlarının yönetiminde temel bir role sahiptir. Hemşireler, bireylerin bilgi düzeylerini artırarak öz-yönetim becerilerini geliştirmeli ve danışmanlık hizmetleriyle karşılaştıkları sorunlara çözüm sunmalıdır. Bu yaklaşımlar, bireylerin hem fiziksel

hem de ruhsal sağlıklarının iyileştirilmesine katkıda bulunarak, daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine olanak tanır (Peyrot & ark., 2005).

4.3. Destekleyici Tedaviler

Diyabet yönetiminde destekleyici tedaviler, bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda psikososyal refahını artırmayı hedefleyen uygulamaları içerir. Bu tedaviler, stres yönetimi, motivasyon artırıcı teknikler, grup terapileri, aile desteği ve profesyonel danışmanlık hizmetleri gibi farklı müdahale yöntemlerini kapsar. Destekleyici tedaviler, bireylerin diyabetle daha etkin bir şekilde başa çıkmalarını sağlamanın yanı sıra tedaviye uyumlarını güçlendirmeye de yardımcı olur (Peyrot & ark., 2005).

4.3.1. Stres Yönetimi ve Motivasyon Artırıcı Teknikler

Stres yönetimi, diyabetli bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve diyabet yönetimini kolaylaştırmak için önemli bir araçtır. Stresin, bireylerin kan şekerı kontrolünü olumsuz etkilediği ve glisemik kontrolün bozulmasına yol açtığı bilinmektedir (Kovacs, Goldstan & Iyengar, 2019). Hemşireler, bireylere stresle başa çıkma teknikleri öğretmek ve onların stres düzeylerini azaltmaya yönelik rehberlik etmekle yükümlüdür. Nefes egzersizleri, gevseme teknikleri ve mindfulness uygulamaları, bireylerin stres yönetiminde etkili yöntemlerdir.

Motivasyon artırıcı teknikler, bireylerin diyabet yönetimine yönelik sorumluluklarını yerine getirme isteğini güçlendirir. Diyabetli bireylerde motivasyon eksikliği, öz bakım davranışlarının azalmasına neden olabilir. Hemşireler, bireylerin tedaviye olan bağlılığını artırmak için motive edici görüşmeler ve bireyselleştirilmiş destek programları sunmalıdır (Roy & Lloyd,

2012). Bu tür müdahaleler, bireylerin kendilerine olan güvenlerini artırarak hastalık yönetimine daha etkin bir şekilde katılmalarını sağlar.

4.3.2. Grup Terapileri

Grup terapileri, bireylerin sosyal destek ağlarını genişletmek ve sosyal izolasyonu azaltmak için etkili bir yöntemdir. Bu tür terapiler, bireylerin benzer deneyimlere sahip diğer kişilerle bir araya gelerek hastalıkla ilgili duygusal ve pratik bilgileri paylaşmalarını sağlar. Grup terapileri, ayrıca bireylerin diyabet yönetiminde karşılaştıkları zorlukları anlama ve çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur (Baumeister, Hutter & Bengel, 2012).

Hemşireler, grup terapilerinin düzenlenmesinde kolaylaştırıcı bir rol üstlenerek bireylerin katılımını teşvik etmelidir. Bu tür terapiler, bireylerin yalnızlık hissini azaltır ve öz bakım davranışlarını güçlendirir. Grup terapilerinde paylaşılan deneyimler, bireylerin hastalıklarını daha iyi anlamalarına ve diyabetle daha etkin bir şekilde başa çıkmalarına olanak tanır (Üren & Yılmaz Karabulutlu, 2018).

4.3.3. Aile Desteği

Aile desteği, diyabet yönetiminde kritik bir öneme sahiptir. Aile üyelerinin bireyin bakım süreçlerine dahil edilmesi, sosyal destek algısını artırarak bireyin motivasyonunu ve öz bakım becerilerini güçlendirebilir. Aile desteği, bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkar (Miller & Dimatteo, 2013).

Hemşireler, ailelere diyabet yönetiminde nasıl bir rol oynayabilecekleri konusunda rehberlik etmeli ve onları süreçte aktif

bir şekilde yer almaya teşvik etmelidir. Ailelerin sağladığı destek, bireylerin öz-yeterlik algısını artırarak tedaviye uyumlarını kolaylaştırabilir. Ayrıca, aile desteği bireylerin sosyal bağlarını güçlendirerek psikososyal sorunların önlenmesine katkı sağlar.

4.3.4. Psikolojik Danışmanlık ve Sosyal Destek Grupları

Psikolojik danışmanlık, bireylerin depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olur. Hemşireler, bireylerin psikolojik danışmanlık hizmetlerinden yararlanmasını teşvik etmeli ve bu süreçte destekleyici bir rol oynamalıdır (El-Kebbi, Bacha & Ziemer, 1996). Profesyonel danışmanlık, bireylerin ruhsal sağlıklarını iyileştirmenin yanı sıra diyabet yönetimini de daha etkili hale getirir.

Sosyal destek grupları, bireylerin çevrelerindeki kişilerden duygusal ve pratik destek almasına olanak tanır. Bu gruplar, bireylerin hastalık yönetimi hakkında bilgi edinmelerine ve sosyal bağlarını güçlendirmelerine yardımcı olur. Hemşireler, bu tür grupların organizasyonunda ve yönetiminde liderlik yaparak bireylerin destek sistemlerini güçlendirmelidir (Karakurt, Aşıl & Yıldırım, 2013).

Sonuç olarak; destekleyici tedaviler, diyabetli bireylerin psikososyal refahını artırarak hastalık yönetimini kolaylaştıran önemli müdahalelerdir. Hemşireler, bireylerin ihtiyaçlarına uygun destekleyici stratejiler geliştirerek, bu süreçte rehberlik edici bir rol üstlenmelidir. Bu tür müdahaleler, bireylerin yalnızca ruhsal sağlıklarını değil, aynı zamanda genel yaşam kalitelerini iyileştirir. Diyabet yönetiminde bireyin aktif katılımını teşvik eden bu

yaklaşımlar hem bireysel hem de toplumsal sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunur.

KAYNAKLAR

Aikens, JE. (2012). Prospective association between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35: 2472–2478.

Ali, S., Stone, MA., Peters, JL., Davies, MJ. & Khunti K. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med.*, 23:1165-73.

American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes-2015 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 33(2), 97–111. <https://doi.org/10.2337/diaclin.33.2.97>

Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2012). Psychological and psychosocial issues in diabetes management. *Journal of Diabetes Research*, 2021, 938127.

El-Kebbi, I. M., Bacha, G. A. & Ziemer, D. C. (1996). Diabetes in urban African Americans: use of discussion groups to identify barriers to dietary therapy among low income individuals with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educ*, 22(5),488-492

Hür, S. (2015). Diyabetin Psikososyal Yönü. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 1(3), 38-42.

International Diabetes Federation (IDF), 2021. (18/11/2024 tarihinde <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/> adresinden ulaşılmıştır).

Karakurt, P., Aşilar, HR. & Yıldırım, A. (2013). Evaluation of the self-care agency and perceived social support in patients with

diabetes mellitus. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1):1-9

Kavak, F., & Aktürk, Ü. (2019). Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 740-747.)

Kayır, T., & Öztekin, C. (2022). Bir aile sağlığı merkezine başvuran diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Hitit Medical Journal*, 4(2), 49-55.

Kovacs, M., Goldston, D. & Iyengar, S. (2019). Psychosocial functioning of youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 32(3), 123-130.

Lin, EH., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, MC., Anthony, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, JM., Karam, E., Lara, C., Lee, S., Levinson, D., Ormel, JH., Posada-Villa, J., Scott, K., Watanabe, M. & Williams, D. (2008). Mental disorders among persons with diabetes--results from the World Mental Health Surveys. *J Psychosom Res.*, 65(6):571-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.06.007.

Miller, TA. & Dimatteo, MR. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 6:421-6.

Muslu, L., Ardahan, M., & Günbayı, İ. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların psikososyal uyum sürecine ilişkin görüşleri: fenomenolojik bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(1), 75-100.

Olgun, N., Aslan, F. E., Coşansu, G. & Çelik, S. (2017). Diabetes Mellitus. Karadakovan A. & Aslan, F.E. (Ed.). *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (s. 767-804). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Olgun, N. & Çetinkaya, S. (2021). Diyabetin Tanı Kriterleri, Etiyolojik Sınıflaması, Klinik Dönemleri ve Fizyopatolojisi. Erdoğan, S. & Özcan, Ş. (Ed.), *Diyabet Hemşireliği* içinde (s.19-36). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Peyrot, M., Rubin, RR., Lauritzen, T., Snoek, FJ., Matthews, DR. & Skovlund, SE. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med.*, 22(10):1379-85. doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01644.x. PMID: 16176200.

Roy, T. & Lloyd, CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.*, 142:8-21.

Rubin, RR. (2005). Counselling and psychotherapy in diabetes mellitus. Snoek, FJ. & Skinner, TC. (Ed.). *Psychology in Diabetes*. In (s.171-194). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *2015-2020 Türkiye diyabet programı* (2. Baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Schmidt, CB., Van Loon, BJP., Vergouwen, ACM., Snoek, FJ. & Honig, A. (2018). Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabet Med.*, 35:1157-72.

Semerci, V. (2022). Diyabetin Akut ve Kronik Komplikasyonları. Sönmez Sarı, E. & Kırbaş, Ö. (Ed.), *Diyabet ve Hemşirelik* içinde (s. 79-98). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Skinner, T. C., Joensen, L., & Parkin, T. (2020). Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine*, 37(3), 393-400

Tanrıverdi, M. H., Çelepkolu, T. & Aslanhan, H. (2013). Diabetes mellitus and primary healthcare. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4(4), 562-567. doi:<https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2013.04.0347>

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ), 2022. *Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*. Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın ve Yayın Ltd. Şti.

Üren, Y., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2018). Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 376-386. <https://doi.org/10.17681/hsp.368973>

WHO. (2023). *Diabetes*. (18/11/2024 tarihinde https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_2 adresinden ulaşılmıştır).

Zhang, CX., Chen, YM. & Chen, WQ. (2008). Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.*, 79(3):523-30. doi: 10.1016/j.diabres.2007.10.014. Epub 2007 Nov 19. PMID: 18023910

BÖLÜM IV

Kadına Yönelik Şiddet ve Ağrı İlişkisi

Tuğba ÖZTÜRK¹

Giriş

Kadına yönelik şiddet, dünya çapında yaygın ancak; tarihsel olarak göz ardı edilen bir olgudur (WHO 2013a). Kadına yönelik şiddet "küresel salgın" olarak kabul edilmekte ve "belki de en utanç verici insan hakları ihlali" olarak tanımlanmaktadır (Garcia-Moreno ve ark., 2013, Obreja, 2019). Kadına yönelik şiddetle mücadele etmek ve önleme çabalarıyla kadınları güçlendirmek son derece önemli bir güvenlik sorunudur. Bu kabullere rağmen, önleyici çabalar ve mağdurlara yönelik hizmetlere yapılan yatırımlar maalesef sorunu önlemek için yetersiz kalmaktadır. Dünya genelinde kadınların %10-53'ünün yaşamları boyunca en az bir kez eş şiddetine maruz kaldığı, %30'dan fazlasının ise eşleri tarafından

¹ Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-8639-5693 tugba.ozturk@ksbu.edu.tr

fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (WHO 2018). Yakın partner şiddetine maruz kalma yaşam boyu devam eder (Pathak ve ark., 2019). Kadına yönelik şiddet dünya çapında önemli bir sorundur. Kadına yönelik şiddet, fiziksel, zihinsel, duygusal, cinsel ve üreme sağlığı sorunları ve ölümle (cinayet ve intihar nedeniyle) güçlü bir şekilde ilişkilidir. Şiddet ve şiddetin devamı için risk faktörlerinden biri olan toplumsal cinsiyet normları, aileler ve toplumlar üzerinde önemli etkilere sahiptir (Ellsberg ve ark., 2008, Devries ve ark., 2013, Klugman ve ark. 2014) ve bu olumsuz etkiler sosyal ve ekonomik sınırları aşmaktadır (WHO 2013c). Bu etkiler nedeniyle, ulusal ve uluslararası kılavuzlar kadına yönelik şiddetin kadınlar için önemli bir sağlık belirleyicisi olduğunu kabul etmekte ve sağlık hizmetlerinin bu önemli sorunu belirlemesini ve ele almasını talep etmektedir (WHO 2013b, 2016a). Bu nedenle, kişilerarası şiddetin farkında olmak ve kadın sağlığı bakımı sunarken cinsiyete duyarlı hizmetler sunmak önemlidir. Bu hizmetleri sunarken, kadına yönelik şiddetin kadın sağlığı üzerindeki etkisini ve potansiyel tedavileri anlamak bir ön koşul olarak düşünülmelidir. Ayrıca, toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle dezavantajlı olan kadınları güçsüzleştiren risklere karşı önlem almanın ve şiddetin dinamiklerini bilmenin hayati önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu bakış açısından, bu çalışmanın kadınlara yönelik şiddet konusunda farkındalığı artırmaya ve önleme çabalarına katkıda bulunması umulmaktadır (Türkkan ve Odacı, 2024). Ayrıca, bu inceleme, ilgili sağlık politikaları ve kadın sağlığı hizmetleri geliştirmeye yardımcı olmak için şiddet ve kadın sağlığı arasındaki karmaşık ilişkiye dair içgörüler sağlamayı amaçlamaktadır.

Kadına Yönelik Şiddet

Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına Dair Bildirge (BM, 1993), kadına yönelik şiddeti "kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar veya acı veren veya verme olasılığı olan veya kadınları kamusal veya özel yaşamda özgürlüklerinden tehdit eden, zorlayan veya keyfi olarak mahrum eden cinsiyete dayalı herhangi bir şiddet eylemi" olarak tanımlar. Kapsamı geniş olsa da, bu ifade şiddeti zarara neden olan veya zarara neden olma potansiyeli olan eylemler olarak tanımlar ve bu eylemlerin cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklandığını vurgular (Türkkan ve Odacı, 2024).

Kadınlara yönelik şiddet, insan haklarının ihlali ve bir halk sağlığı sorunudur (Ellsberg 2006). Bu şiddet, kişilerarası şiddet, aile içi şiddet veya cinsel, fiziksel ve psikolojik şiddet de dahil olmak üzere yakın partner şiddeti gibi birçok biçimde alabilir. Nihai amaç, kadınların bağımsızlıklarını, kendi kaderlerini tayin etmelerini, kişisel gelişimlerini ve psikolojik iyilik hallerini yok edebilecek şekilde kadınların hayatları üzerinde kontrol sağlamaktır (Ellsberg 2006).

Birleşmiş Milletler (United Nations 1993) kadınlara yönelik şiddeti "kadınlara fiziksel, cinsel veya ruhsal zarar veya acı veren veya vermesi muhtemel olan, bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma dahil olmak üzere, ister kamusal ister özel hayatta meydana gelsin, cinsiyete dayalı her türlü şiddet eylemi" olarak tanımlamaktadır. Son yıllarda, şiddeti ele almayı ve önlemeyi amaçlayan politikalar artış göstermektedir. Ancak, bu çabalara rağmen, şiddet olayları yüksek kalmaya devam ediyor. Son zamanlarda yapılan bir gözlemsel çalışmaya göre,

Avrupa Birliği'ndeki kadınların yaklaşık %51,7'si hayatlarının bir noktasında şiddete maruz kalmıştır (Barbier ve ark., 2022).

Yakın partner şiddeti (IPV), kadınlara yönelik en yaygın şiddet türüdür ve yabancılar tarafından işlenen şiddete göre tespit edilmesi ve incelenmesi daha zordur (Garcia-Moreno ve ark., 2006). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) IPV'yi, fiziksel şiddet, cinsel şiddet, takip ve psikolojik saldırıgınlık dahil olmak üzere mevcut veya eski yakın partner tarafından işlenen şiddet olarak tanımlamaktadır (CDC, 2021).

Kadına yönelik şiddet, cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olsa da, aynı zamanda var olan eşitsiz güç dengesini korumaya da hizmet eder. Bazı durumlarda, failler şiddeti kasıtlı olarak bir boyun eğdirme mekanizması olarak kullanırlar. Diğer şiddet biçimlerinde, faillerin kadınları boyunduruk altına almak için açık bir motivasyonu olmayabilir, ancak yine de bu erkek eylemlerinin bir sonucudur. Bir örnek, bir erkeğin cinsel açıdan kışkırtıcı olduğuna karar verdiği bir kadına tecavüz etmesi ve kadının davranışını, kolektif olarak belirlenmiş toplumsal kuralları ihlal ettiği için uygun bir ceza olarak haklı çıkarmasıdır. Topluluklar da genellikle bu cinsiyete özgü davranış normlarını onaylar. Bu nedenle, kadınların eşitsiz statüsü, şiddete karşı savunmasız olmalarına katkıda bulunur ve böylece kadınlara yönelik şiddeti daha da kötüleştirir (Manjoo, 2012).

Kadına yönelik şiddetin birçok biçimi vardır. Ancak şiddet türleri belirli özellikleri paylaşma eğilimindedir. Şiddet ve istismarın çoğu biçimi, özellikle yakın partner şiddeti ve çocuk cinsel istismarı, yıllar boyunca devam eder. Çoğu durumda, kadın mağduriyet gerçekleşmeden önce faili tanır, onunla birlikte yaşar veya düzenli

olarak etkileşimde bulunur (Polat, 2016). Kadınlara yönelik şiddetin çoğu biçimine özgü bir diğer husus, toplumun kadın mağdurlara suçlama atfetmesidir. Örneğin, yakın partner şiddeti yaşayan kadınlar, itaatsizlikleri, partner olarak başarısız olmaları veya sadakatsizlikleri nedeniyle şiddeti kışkırtmakla yaygın olarak suçlanırlar.

Cinsel saldırıya veya tecavüze uğrayan kız çocukları veya kadınlar, kurbanın çocuk olup olmadığına bakılmaksızın, genellikle giyim ve davranışlarıyla "bunu istedikleri veya hak ettikleri" ima edilir (Watts ve Zimmerman 2002). Türkiye'deki çalışmalar da genç yaşta evlilik, düşük eğitim düzeyi, alkol bağımlılığı, çocukluk travması veya taciz öyküsü, ilişki düzeyine göre birden fazla partner, evlilik ilişkisinin bozulması, düşük ilişki memnuniyeti, zorla evlilik, yoksulluk, sosyal destek eksikliği, toplum düzeyinde iş fırsatlarının olmaması, erkeklerin kadınlar üzerindeki üstünlüğünün ve egemenliğinin kültürel olarak kabul edilmesi, şiddeti kabul etme, kültürel uygulamalar ve toplumsal düzeyde yetersiz yasal yaptırımlar kadına yönelik şiddeti etkileyen faktörler arasında olduğunu ortaya koymaktadır (Tekkas ve ark., 2020).

Aile içi Şiddet ve İstismar

Kadınlara yönelik şiddetin çoğu biçimine özgü bir diğer husus, toplumun kadın mağdurlara suçlama atfetmesidir. Örneğin, yakın partner şiddeti yaşayan kadınlar, itaatsizlikleri, partner olarak başarısız olmaları veya sadakatsizlikleri nedeniyle şiddeti kışkırtmakla yaygın olarak suçlanırlar. Birçok ülke, aile içi şiddet ve istismar için cinsiyetten bağımsız bir tanım sunar. İngiltere İçişleri Bakanlığı, aile içi şiddeti cinsiyet veya cinsel yönelime bakılmaksızın, 16 yaş ve üzeri kişiler arasında yakın partner veya

aile üyesi olan veya olmuş kişiler arasında, psikolojik, fiziksel, cinsel, duygusal, mali istismar dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere kontrol edici, zorlayıcı veya tehdit edici davranış, şiddet veya istismar olarak tanımlar. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri Adalet Bakanlığı, aile içi şiddeti "bir partnerin herhangi bir ilişkide diğer partner üzerinde güç ve kontrol elde etmek veya sürdürmek için kullandığı bir istismarcı davranış örüntüsü" olarak tanımlar. Aile içi şiddet, bir kişinin eşine, çocuklarına, ebeveynlerine, kardeşlerine veya yakın akrabalarına karşı saldırgan davranışdır (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2009). Yine de, kadınlara birlikte yaşadıkları erkekler veya kocaları tarafından sistematik olarak uygulanmaktadır (Yaman ve Ayaz, 2010). Bu tür şiddet, tokat, yumruk ve tekmeden silahlı saldırı ve cinayete kadar uzanan fiziksel şiddet de dahil olmak üzere çeşitli biçimler alabilir; cinsel şiddet, tecavüz veya aşağılayıcı cinsel eylemlere zorla katılım şeklinde de olabilir (Watts ve Zimmerman, 2002). Bunlar sıklıkla kadının ailesi ve arkadaşlarıyla görüşmesini yasaklama, sürekli aşağılama, küçük düşürme veya sindirme gibi duygusal açıdan saldırgan davranışlar; çalışmasını engelleme veya kazancına el koyma gibi ekonomik kısıtlamalar ve diğer kontrol edici davranış örüntüleri eşlik eder (Dağcı ve Ören, 2019). Ayrıca, aile içi şiddet ve istismarın orantısız bir şekilde kadınları etkilediği ve erkekler ile kadınlar arasındaki güç eşitsizliğini ifade ettiği kabul edilmektedir. Bu nedenle, aile içi şiddet ve istismar cinsiyete dayalı şiddetin bir biçimidir (Anifowose, 2021)

Kadınlara yönelik şiddetin en yaygın biçimlerinden biri olan aile içi şiddet, bir eş veya başka bir aile üyesi tarafından işlenir. Aile içi şiddette, failler kurbanlarına yakındır ve saldırgan davranışlar

özel veya kamusal alanlarda gerçekleşir (Watts ve Zimmerman, 2002). Gerçek şu ki, kadınlar genellikle faillerine duygusal olarak bağlıdır veya ekonomik olarak bağımlıdır. Genellikle yakın partnerler tarafından işlenen bu şiddet, sosyal, ekonomik, dini veya kültürel gruplardan bağımsız olarak tüm ülkelerde gözlemlenebilir (Alhabib ve ark., 2010). Ancak bazı uzmanlar, durumsal şiddet (aile içinde daha az sıklıkta görülen, zamanla tırmanma olasılığı daha düşük ve karşılıklı olma olasılığı daha yüksek istismar) ile eşler arası şiddet (fiziksel şiddet, korkutma ve kontrol gibi zorlayıcı bir örüntüyle karakterize edilen aile içi şiddet ve istismar) arasındaki farklara dikkat çekmektedir (Kelly ve Johnson, 2008).

Cinsel Şiddet

Şiddet denildiğinde akla ilk gelen şey fiziksel şiddet olsa da kadınlar partnerleri veya partner olmayan kişiler tarafından da cinsel şiddete maruz kalabilmektedir (Polat, 2016). Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda (2021) cinsel şiddet şu şekilde tanımlanmaktadır:

”Herhangi bir cinsel eylem, cinsel eylemde bulunma girişimi, bir kişinin cinselliğine yönelik diğer zorlama, taciz veya baskı eylemleri veya cinsel amaçlı insan ticareti eylemleri, herhangi bir kişi tarafından kişinin, mağdurla ilişkisi ve kimliği ne olursa olsun, ev ve iş ortamı dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortamda maruz kaldığı cinsel şiddettir” (WHO, 2013d).

Cinsel şiddet eylemleri birçok farklı koşul ve ortamda gerçekleşebilir. Bu eylemler arasında evlilik veya flört ilişkilerinde tecavüz; romantik partner olmayan tanıdıklar tarafından tecavüz; din adamları, tıp doktorları veya öğretmenler gibi güven duyulan pozisyonlardaki kişiler tarafından cinsel istismar; yabancılar

tarafından tecavüz; birden fazla failin tecavüzü; aldatma, kandırma, şantaj veya rıza gösteremeyecek kadar aciz veya uyuşturulmuş veya sarhoş kişilerin cinsel istismarı dahil olmak üzere cinsel sömürü; silahlı çatışma sırasında tecavüz; iş, okul notları veya iyilikler karşılığında cinsel ilişki talep etme dahil olmak üzere cinsel sömürü; istenmeyen cinsel temas; zihinsel veya fiziksel engelli kişilere cinsel istismar; erkek ve kız çocuklarına cinsel istismar; pornografiye maruz bırakma ve kadın sünneti, bekaret muayenesi, zorla anal muayene ve cinsel istismar için insan ticareti dahil olmak üzere cinsel bütünlüğe karşı şiddet eylemleri (Parra-Barrera, 2021). Bu örneklerin ortak paydası, hepsinin erkek ve kadın cinselliğini içeren cinsel eylemler olması ve bu eylemlerin rızanın alınmadığı veya erişilebilir bir şekilde verilmediği durumlarda gerçekleşmesidir (Dartnall ve Jewkes, 2013).

Yaygın olarak utanç verici ve damgalayıcı olarak kabul edilen cinsel şiddetin yaygınlığı, niceliklendirilmesi gereken çeşitli zorluklar sunar (Türkkan ve Odacı 2022). Alkol içen veya uyuşturucu kullanan kadınların tecavüze uğramayı hak ettiği, kadınların giyinişleri veya davranışlarıyla tecavüze neden olduğu ve tecavüzün tutku suçu olduğu gibi cinsel şiddetle ilgili mitler dünya çapında yaygındır. Mağdurları damgalayarak ve suçlayarak, bu tür mitler faillerin hesap verebilirliğini azaltmak için kullanılabilir (Dartnall ve Jewkes, 2013). Bu bağlamda, birçok mağdur basitçe deneyimlerini bildirmemeyi tercih edebilir. Ancak bu, cinsel şiddeti sürdürür ve destek sistemlerine erişimi engeller (Odacı ve Türkkan, 2021).

Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı ve Politikalar

Kadına yönelik şiddet, özellikle yakın partnerlere yönelik şiddet ve cinsel şiddet yaygın bir halk sağlığı sorunudur (Bora ve Gölge, 2019). Ancak, kadına yönelik şiddet türlerinin yaygınlık oranlarını belirlemek çeşitli nedenlerle zordur. Bu zorluk, partnerler arasında işlenen şiddetteki farklılıklardan ve araştırma yöntemlerini, şiddet tanımlarını, örnekleme tekniklerini, görüşmecî becerilerini ve katılımcıların yakın deneyimlerini açıklama isteklerini etkileyen kültürel farklılıklardan olabilir (Fraga, 2016). Bu nedenle, kültürler veya ülkeler arasında doğrudan karşılaştırmalar yapmak veya hangi toplumda şiddetin daha yaygın olduğu konusunda yargılarda bulunmak imkansızdır. Yine de, yaygınlık oranları önleyici politikaların ve müdahale çabalarının etkinliğini yönlendirebilir. Türkiye'de kadınlara yönelik farklı şiddet türlerini belirlemek için yapılan çalışmalar, Türkiye'deki kadınların %38'inin eşleri tarafından yaşam boyu fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığını ve %11'inin son 12 ayda eşleri veya partnerleri tarafından fiziksel ve cinsel şiddet gördüğünü göstermektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015b). Özellikle, eş veya partner olmayan yabancılar tarafından uygulanan cinsel şiddet oranına ilişkin ulusal istatistikler bulunmamaktadır. Ayrıca, Türkiye'de çocuk evliliklerinin oranı önemli bir seviyededir ve %14,7 olarak bildirilmiştir (UNICEF 2021). Kadınlara yönelik şiddetin yaygınlık oranlarını belirlemek için ulusal literatürde bölgesel veriler de mevcuttur. Örneğin, Ankara'da 1178 kadına uygulanan bir ankette, katılımcıların %31,3'ü en az bir kez eşlerinden cinsel şiddet gördüğünü belirtirken, %25,8'i fiziksel olarak cinsel ilişkiye zorlandığını iddia etmiştir. Ayrıca, cinsel şiddete maruz kalma oranının bir önceki yıla göre %15,9

arttığı belirlenmiştir (Akar ve ark., 2010). Konya'da yapılan bir araştırma, kadınların yaklaşık %38'inin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur (Alan Dikmen ve Çankaya 2021). Başka bir çalışma Kadın namus cinayeti, bir kadının genel olarak toplumsal davranışlarını ve özel olarak da cinsel davranışlarını onaylamayan bir veya birden fazla aile üyesi tarafından işlenen özel bir kadın cinayeti biçimidir (Dayan, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000-2018 yılları arasında 161 ülke ve bölgede gerçekleştirdiği kadına yönelik şiddet yaygınlık analizi, 15-49 yaş aralığında, bir ilişkisi olan kadınların neredeyse üçte birinin (%27) yaşamları boyunca fiziksel ve cinsel yakın partner şiddeti veya partner olmayan biri tarafından cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koydu. Yaşam boyu yakın partner şiddetinin yaygınlık oranları Batı Pasifik'te %20, yüksek gelirli ülkelerde ve Avrupa'da %22, Amerika'da %25, Afrika'da %33, Doğu Akdeniz'de %31 ve Güneydoğu Asya'da %33'tür. Anket ayrıca kadınlara yönelik bu şiddet biçimlerinin çoğunlukla eşler veya yakın partnerler tarafından işlendiğini ortaya koymuştur (WHO 2018). Çalışmaya göre, dünya çapında tüm kadın cinayetlerinin %38'i yakın partnerler tarafından işlenmiştir. Dünya çapında kadınların %6'sı partner olmayan biri tarafından cinsel saldırıya uğramıştır (WHO 2018).

İstismara uğrayanlar, daha yüksek morbidite ve mortalite ile kısa ve uzun vadeli fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları arasında değişen çeşitli sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadır (Cirici ve ark., 2023). Mağdur olan kadınlarda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete, alkolizm ve intihar eğilimleri daha yüksek oranlarda görülmektedir (Stewart ve Vigod, 2019).

Şiddetin ülkeler ve toplumlar üzerinde önemli sosyal ve ekonomik etkileri vardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2021), hükümetlerin kadınlara ve kızlara yönelik şiddeti ortadan kaldırmak için taahhütleri ve yasal politikaları güçlendirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye, ulusal ve uluslararası sözleşmeler (Türk Medeni Kanunu, İş Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) aracılığıyla toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi ve kadınların insan haklarının iyileştirilmesi konusunda önemli adımlar atmıştır. Özellikle İstanbul Sözleşmesi ve 6284 sayılı Kanun'a taraf olunmasıyla, şiddete sıfır tolerans ilkesiyle tek kapı sistemiyle kadına yönelik şiddetle mücadele edilmeye çalışılmıştır. Ancak 6284 sayılı Kanun ve 2006/17 Başbakanlık Genelgesi'nde kadına yönelik şiddetle mücadelede kurumlar arası işbirliği sürecinden bahsedilmektedir. Ancak bu işbirliğinin pratikte nasıl sağlanacağına ilişkin bir açıklık bulunmamakta ve işbirliği yapan kurumların sorunla mücadele yaklaşımları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (Şen, 2018). Kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik kadın sağlığı hizmetlerinin sınırlı olduğu da ileri sürülebilir. Sağlık Bakanlığı, şiddeti önlemede birincil, ikincil ve üçüncül koruma aşamalarında kritik rollere sahiptir ve kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik bir politikası yoktur. Sağlık sistemi içerisinde şiddet mağdurlarını korumak için sağlık personelinin harekete geçirecek bir mekanizma oluşturulmamıştır. Bu nedenle sağlık personeli yalnızca güvenlik güçlerine bilgi vermekte ve talep edildiğinde rapor hazırlamanın ötesinde bir işlem yapmamaktadır (Subaşı ve Akın, 2003).

Kadına Yönelik Şiddet ve Ağrı

Kadına yönelik şiddet ve ağrı psikolojik sonuçların dışında şiddet kronik sağlık sorunlarına ve ağrıya neden olabilir (Onur ve ark., 2020). Kronik ağrının yaygınlığı Avrupa'da %8,78 Kanada'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %8'dir (Rometsch ve ark., 2024). Çalışmaların çoğu kadına yönelik şiddetin pelvik/vajinal ağrıya fibromiyaljiye iritabl bağırsak sendromuna/bağırsak semptomlarına, karın ağrısına, temporomandibular ağrıya meme ağrısına, migren/baş ağrısına, sırt ağrısına ve boyun ağrısının nedeni olarak görülmektedir (As-Sanie ve ark., 2014)

Hamilelikte eş şiddetine maruz kalmak da benzer şekilde farklı sorunlara (düşük, ölü doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebekler) neden olmaktadır. (Leight, 2022). Yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların düşük yapma olasılığı % 16 daha fazla ve erken doğum yapma olasılığı % 41 daha fazladır (WHO 2013c). Ayrıca, baş ağrıları, ağrı sendromları (sırt ağrısı, karın ağrısı, kronik pelvik ağrı), gastrointestinal bozukluklar, hareket kabiliyetinin azalması ve genel sağlık durumunun kötü olması şiddet mağduru kadınlarda gözlemlenen diğer sağlık etkileridir (WHO 2013c).

Kadına Yönelik Şiddet ve Ağrı Etiyolojisi

Şiddet mağdurlarında ağrı semptomlarının başlamasına katkıda bulunan birçok farklı faktör bu durum sıklıkla anksiyete veya depresyon (Stewart ve Vigod, 2019) gibi ruh sağlığı sorunları ve sosyal destek eksikliği gibi sosyal sorunlarla ilişkilendirilir; ancak her kadın için üç faktör türünün farklı önemi vardır. Kronik ağrı hastalarında ruh hali bozuklukları genellikle çift yönlü bir ilişkiyle

mevcuttur; aslında, kronik ağrıdan etkilenen kişilerin kronik ağrısı olmayan bireylere göre depresyon atağı yaşama olasılığı 2,0 ila 2,5 kat daha fazladır (Carroll ve ark., 2004) ve depresif bozukluğu olan ağrısız bireylerin kronik ağrı geliştirme olasılığı depresif olmayan bireylere göre 4 kat daha fazladır (Currie ve Wang, 2005). Kronik ağrı akut ağrıdan farklıdır çünkü mutlaka yaralanmalardan kaynaklanmaz, ancak yine de biyolojik süreçleri içerir. Çeşitli duyuşal, otonomik, endokrin ve bağışıklık tepkileri, algılanan nosiseptif uyarılara katkıda bulunmak için etkileşime girer (Cahpman ve ark., 2008). Sinir sistemi potansiyel tehditleri tespit etmekten, vücuda tehlike sinyali göndermekten ve bunlara bir yanıt başlatmaktan sorumludur. Benzer şekilde endokrin sistemi stres tepkisi yoluyla bir uyarılma tepkisi oluşturarak hayatta kalma şansını artırmaya yardımcı olur. Son olarak, bağışıklık sistemi mikrobiyal istilayı ve toksinleri tespit eder ve bunlarla savaşmak için karmaşık inflamatuvar tepkileri tetikler. Bu süreçler toplu olarak vücudun ağrıya karşı doğal savunma mekanizmasını zayıflatabilir. Kalıcı ağrı, sinir, endokrin ve bağışıklık düzeylerindeki sistemik değişikliklere uyumsuz bir şekilde yanıt veren lokal olarak iltihaplı süreçlerden kaynaklanabilir. Anormal duyuşal süreçler nedeniyle etkilenen dokular iyileştikten sonra bile kronik ağrı devam edebilir (Cahpman ve ark., 2008). Şiddet ve taciz gibi travmalar, otonom sinir sistemini ve bağışıklık sistemini tetikleyerek nosiseptif uyarılara karşı iltihaplı bir yanıtı yol açabilir (Moreno-Ramos ve ark., 2013). Ayrıca, iltihaplanma nörotransmitterlerin metabolizmasını etkileyerek zihinsel sağlık sorunları riskini artırabilir ve bunun tersine, zihinsel sağlık sorunları kronik ağrı riskini artırabilir (Kendall-Tackett ve ark., 2000).

Ağrı ve şiddet arasındaki ilişki karmaşık olabilir; şiddet, iki yönlü bir ilişkiyle bir risk faktörü veya bir sonuç olabilir. Hangisinin diğerine neden olduğunu belirlemek zordur çünkü kadınları şiddete maruz kalmadan önce ve sonra izleyen uzunlamasına çalışmalar yoktur. Şu anda yalnızca şiddete maruz kalma ve kronik ağrı arasındaki ilişkinin var olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermek mümkündür .

Sonuç

Cinsiyete dayalı şiddet, hafife alınan bir halk sağlığı sorunudur ancak sonuçları kısa ve uzun vadede ciddi psikolojik ve fiziksel etkilere sahiptir. Yetişkinlerde şiddet mağduriyeti geçmişi ile kronik ağrı arasında güçlü ilişkiler olduğunu gösteriyor. Bu kanıt, bu tür ilişki üzerine gelecekteki çalışmalara rehberlik etmeli ve yalnızca bir araştırma bakış açısı değil, klinik bir bakış açısıyla da faydalı olmalıdır. Birçok kadının şiddetini başkalarına bildirmediğini düşünürsek, kronik ağrıyla veya acil serviste çalışan her sağlık çalışanı dikkatli olmalı ve bu durumlara hazırlıklı olmalıdır. Dahası, aynı dikkat genel olarak sağlık sistemi ve bu kadınlar için doğru yolu sağlamak için kurum tarafından da gösterilmelidir.

Kaynaklar

WHO (2013a) Violence Against Women: Global Picture Health Response. Geneva, World Health Organization

Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N (2013) Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. Geneva, World Health Organization.

Obreja LD (2019) Human rights law and intimate partner violence: Towards an intersectional development of due diligence obligations. *Nord J Hum Rights*, 37:63–80.

WHO (2018) Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018.

Pathak N, Dhairyawan R, Tariq S (2019) The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas*, 121:63–75

Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371:1165–1172.

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M et al. (2013) Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, 10:e1001439.

Klugman J, Hanmer L, Twigg S, Hasan T, McCleary-Sills J, Santamaria J (2014) Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity. Washington DC, World Bank.

WHO (2013b) Violence Against Women: The Health Sector Responds. Geneva, World Health Organization.

WHO (2013c) Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects Of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. Geneva, World Health Organization.

WHO (2016a) WHO Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within A National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in Particular Against Women And Girls, And Against Children (document EB138/9). Geneva, World Health Organization.

Türkkan T, Odacı H. Violence Against Women: A Persistent and Rising Problem. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Haziran 2024;16(2):210-224. doi:10.18863/pgy.1291007.

United Nations. Declaration on the elimination of Violence Against Women. 1993. <https://digitallibrary.un.org/record/179739>.

Ellsberg M. Violence against women and the millennium development goals: facilitating women's access to support. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;94(3):325–332. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.04.021.

Barbier A, Chariot P, Lefevre T. Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: prevalence and associated factors-results from the violence against women EU-wide survey.

Front Public Health. 2022;10:1033465. doi: 10.3389/fpubh.2022.1033465.

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006;368(9543):1260–1269. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention Fast Facts: Preventing Intimate Partner Violence. 2021. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>

Manjoo R (2012) Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences. United Nations Human Rights Council, A/HRC/17/26. <https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw56/statements/state-ment-specrap-manjoo.pdf> (Accessed 27.07.2024)

Polat O (2016) Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22:15-34.

Watts C, Zimmerman C (2002) Violence against women: Global scope and magnitude. Lancet, 359:1232–1237.

Tekkas KK, Betrus P (2020) Violence against women in Turkey: A social ecological framework of determinants and prevention strategies. Trauma Violence Abuse, 21:510-526.

Yaman-Efe Ş, Ayaz S (2010) Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadının aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Derg, 11:23- 29.

Dağcı S, Ören B (2019) Cinsiyet eşitsizliği, kadına yönelik şiddet ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 50:236-240.

Anifowose O (2021) Ethical assessment of women and violence in Nigeria. Kampala International University Journal of Humanities, 5:129-138.

AlQahtani SM, Almutairi DS, BinAqeel EA, Almutairi RA, Al-Qahtani RD, Menezes RG (2023) Honor killings in the Eastern Mediterranean region: A narrative review. Healthcare (Basel), 11:74.

Kelly JB, Johnson MP (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. Fam Court Rev, 46:476–499.

WHO (2013d) Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva, World Health Organization.

Parra-Barrera SM, Moyano N, Boldova MÁ, Sánchez-Fuentes MM (2021) Protection against sexual violence in the Colombian legal framework: obstacles and consequences for women victims. Int J Environ Res Public Health, 18:4171.

Dartnall E, Jewkes R (2013) Sexual violence against women: The scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 27:3–13.

Türkkan T, Odacı H (2022) Söylemek mi gizlemek mi? Çocuk mağdurların cinsel istismarı açıklamalarını etkileyen faktörler. Toplum ve Sosyal Hizmet, 33:991-1008.

Odacı H, Türkkan T (2021) Cinsel istismar şüphesi bulunan çocukla görüşme: Öğretmenler ve okul psikolojik danışmanları nasıl davranmalı ve neler yapmalı? Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 19:685-706.

Bora A, Gölge ZB (2019). Evlilikte kadına yönelik şiddete ilişkin tutumların cinsiyet, eğitim durumu ve şiddet yaşantıları ile ilişkisinin incelenmesi.

Fraga S (2016) Methodological and ethical challenges in violence research. Porto Biomedical Journal, 1:77–80.

New York, UNICEF (2021) Percentage of Women Aged 20 to 24 years who were First Married or in Union Before Age 18. UNICEF Global Databases, 2021. New York, UNICEF.

Akar T, Aksakal FN, Demirel B, Durukan E, Özkan S (2010) The prevalence of domestic violence against women among a group woman: Ankara, Turkey: Domestic violence against women in Ankara. J Fam Violence, 25:449–460.

Alan Dikmen H, Cankaya S (2021) Associations between sexual violence and women's sexual attitudes, sexual selfconsciousness, and sexual self-efficacy. J Interpers Violence, 36:11304–11326.

Dayan H (2021) Female honor killing: The role of low socio-economic status and rapid modernization. J Interpers Violence, 36:NP10393–NP10410

Cirici AR, Soler AR, Cobo J, Soldevilla AJM. Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate

partner violence. *Int J Psychiatry Med.* 2023; 58:6–19. doi: 10.1177/00912174211050504.

Stewart DE, Vigod SN. Update on mental health aspect of intimate partner violence. *Med Clin N Am.* 2019;103(4):735–749. doi: 10.1016/j.mcna.2019.02.010.

World Health Organization. WHO (2021) Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. (Accessed 23.09.2024).

Alican Şen A (2018). Türkiye'de kadına yönelik şiddetle mücadelede kurumlar arası işbirliği süreci ve 6284 sayılı yasanın uygulanabilirliği. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 22:141-161.

Subaşı N, Akın A (2003). Kadına yönelik şiddet: Nedenleri ve sonuçları. In *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Onur OS, Cesur E, Donmezler FG, Aydın FY, Vural M, Guru M. Evaluation of partner violence in female patients with fibromyalgia syndrome. *Med J Bakirkoy.* 2020;16(2):190–196.

Rometsch C, Mansueto G, Maas Genannt Bermpuhl F, Martin A, Cosci F. Prevalence of functional disorders across Europe: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2024. 10.1007/s10654-024-01109-5.

As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(317):1–8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.048

Leight J (2022) Intimate partner violence against women: A persistent and urgent challenge. *Lancet*, 399:770-771. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 222

Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*. 2004; 107:134–139. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.009.

Currie SR, Wang J. More data on major depression as an antecedent risk factors for first onset of chronic back pain. *Psychol Med*. 2005; 35: 1275–1282.

doi: 10.1017/S0033291705004952.

Chapman CR, Tuckett RP, Woo SC. Pain and stress in system perspective: reciprocal neural, endocrine and immune interactions. *J Pain*. 2008; 9: 122–145.

Moreno-Ramos OA, Latting MC, Barrios AFG. Modeling of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis-mediated interaction between the serotonin regulation pathway and the stress response using a Boolean Approximation: a novel study of depression. *Theor Biol Med Model*. 2013; 10:59. doi: 10.1186/1742-4682-10-59.

Kendall-Tackett K, Marshall AR, Ness E. Victimization, healthcare use, and health maintenance. *Fam Viol Sex Assault Bull*. 2000; 16:18–21.

BÖLÜM V

Hemşirelik Uygulamalarında Sanal Gerçeklik

Burcu NAL¹
İbrahim TOPUZ²
Necibe DAĞCAN ŞAHİN³

Giriş

Matematiksel akıl yürütme ve bilimsel deneylerden kaynaklanan sanal gerçeklik (VR) teknolojisi, somut dünyayı anlamak, yeniden şekillendirmek ve yenilemek için evrensel ve stratejik bir araç olarak önemli bir rol üstlenmektedir (Chen vd., 2020; Liu vd., 2023). VR, bireylerin gerçek veya fizikselmiş gibi etkileşime girebileceği üç boyutlu bir görüntü veya ortamın bilgisayar tarafından oluşturulmuş

¹ Öğr.Gör. Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-9469-8651, burcu.nal@ksbu.edu.tr

² Öğr.Gör. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0003-0540-2095, ibrahim.topuz@ksbu.edu.tr

³ Öğr.Gör. Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kütahya/Türkiye, Orcid: 0000-0002-9574-0284, necibe.dagcan@ksbu.edu.tr

bir simülasyonunun oluşturulmasını içerir. Bu nedenle, bu etkileşim entegre ekranlı bir kask veya sensörlerle donatılmış eldivenler gibi özel elektronik ekipmanlarla sağlanır.

Bu, eğitim reformunun gelişen manzarası ve yüksek öğrenim standartlarına yönelik artan özelemler içinde geçerlidir. Bu yörüngeyi önemli ölçüde vurgulayan VR'nin eğitim potansiyeli, onu geniş pratik uygulamalara sahip gelişen bir araştırma alanına iterek ilgi odağı haline getirir (Jarvelainen vd., 2018).

Sanal gerçekliğin hemşirelik becerisi kazanımında etkili olduğu kanıtlanan son deneysel çalışmalara örnek olarak kemoterapi uygulamasının öğretilmesi, hemşire beceri yeterlilik eğitimi (Saab vd., 2021).

Beceri kazandırmanın ötesinde ek faydalar, yapılan bir randomize kontrollü çalışmada tanımlanmıştır ve bu çalışmada VR'nin hemşirelik öğrencileri arasında bilgi tutmayı, klinik muhakemeyi, öz yeterliği ve öğrenme deneyiminden daha fazla memnuniyeti desteklediği bulunmuştur. gerçek yaşam senaryolarını tasvir eden VR simülasyonu, gerçek hastanelerde hemşirelik uygulamaları gibi canlı ve dinamik simülasyon durumları yaratabilir (Lee vd., 2023; Saab vd., 2021). Bazı araştırmalar VR'nin temel dikkat dağıtmanın ötesinde, ağrı yönetimi için etkinliğine katkıda bulunan nörofizyolojik değişikliklere yol açabileceğini göstermektedir (Darnall vd., 2020; Olbrecht vd., 2021). VR'nin potansiyeli, tıp alanında bu gelişmiş bilgisayar arayüzünden yararlanmayan çok az alan olacağını göstermektedir (Hu vd., 2023).

Ağrı ve anksitenin azaltılmasında farmakolojik olmayan yöntemler hemşirelikte sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlardan biri de hastanın dikkatini başka yöne çekmektir (Hudson vd., 2015).

Dikkati başka yöne çekme yöntemlerinden biri olan sanal gerçeklik uygulamaları, bireyin kendini farklı bir dünyada hissetmesini sağlayan aynı zamanda bireylere gerçekmiş hissi veren yeni bir teknolojidir. Birey başına takılan kask veya gözlük ile kulaklıktan gelen seslerle gerçek yaşamdan uzaklaşarak dikkatini görüntüde yoğunlaştırarak odağını değiştirmektedir (Blokzijl vd., 2019).

Birey sanal ortamda kendini varmış gibi hisseder ve genellikle bu dünya, gerçek dünyadaki algılarla uyumlu şekilde tasarlanır. Sanal gerçeklik cihazlarının kullanımı, bireylerin sadece görsel ve işitsel duyularına hitap etmekle kalmaz, aynı zamanda daha gelişmiş sistemlerle dokunma, koku ve hatta tat gibi diğer duyu organlarına da hitap etmeye yönelik uygulamalar geliştirilmiştir (Scapin vd., 2018). Bu çoklu duysal etkileşim, sanal deneyimin daha gerçekçi ve sürükleyici olmasını sağlar. Sanal gerçeklik teknolojisinin en önemli avantajlarından biri, bireylerin bu sanal dünyaya tamamen dalmalarını sağlayan özellikleridir (Eijlers vd., 2019) VR teknolojisi, kullanıcının çevresel uyarıcılardan etkilenmesini minimize ederek, onları odaklanmalarını isteyen bir deneyime çekmeye yardımcı olur. Bununla birlikte, bu sürükleyici deneyim sadece görsel veya işitsel uyaranlardan oluşmamaktadır, örnek olarak VR başlıkları, kullanıcıların hareketlerini algılayan sensörlerle donatıldığından, fiziksel hareketler gerçek zamanlı olarak sanal dünyaya yansır (Soltani vd., 2018). Bu da bir kişinin, sanal ortamda bir nesneyi tuttuğunda ya da bir yere dokunduğunda, bu etkileşimlerin doğru şekilde hissettirilebilmesini sağlamaktadır.

Tüm bu özellikler sanal gerçeklik teknolojisinin, dikkat dağıtıcı etmenleri ortadan kaldırma veya bu etmenleri en aza indirme noktasında geleneksel dikkat çekme yöntemlerine kıyasla daha etkili olduğu bildirilmektedir (Çevik Aktura vd., 2022). Geleneksel olarak

kullanılan dikkati başka yöne çekme teknikleri genellikle dışsal uyarıcılara dayanırken, VR sistemleri bu uyarıcıları sanal ortamın içine entegre eder ve kullanıcının odaklanmasını teşvik etmektedir. Örneğin, sanal dünyada bir görev veya deneyim yaşanırken, gerçek dünyadan gelen sesler veya görseller kullanıcının dikkati dağılmasına neden olmaz. Bu, özellikle eğitim, terapi, oyun ve simülasyon alanlarında büyük bir avantaj oluşturmaktadır (Ertürk & Değirmenci, 2023). VR teknolojisi, son yıllarda sağlık sektöründe, özellikle hemşirelik bakımında önemli bir dönüşüm yaratacak uygulamalar geliştirilmesine olanak tanımaktadır. Bu teknoloji, hemşirelik uygulamalarında hasta bakımı, tedavi süreçleri ve stres yönetimi gibi birçok alanda önemli katkılar sunmaktadır. Sanal gerçekliğin sunduğu imkanlar hemşirelerin klinik becerilerini geliştirmelerine, hastaların tedavi süreçlerini iyileştirmelerine ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmalarına yardımcı olmaktadır(Akıncı & Aydın Özkan, 2024a; Aktaş vd., 2020).

1. Hemşirelik Eğitiminde Sanal Gerçeklik

Hemşirelik eğitimi, klinik becerilerin ve hasta bakımının düzgün bir şekilde öğretilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Geleneksel eğitim yöntemlerinde, öğrencilere genellikle teorik bilgi aktarılırken, uygulamalı becerilerin geliştirilmesi için yeterli fırsat olmayabilmektedir (Hakim, 2023). Sanal gerçeklik, hemşirelik öğrencilerine sanal ortamda çeşitli hasta senaryoları sunarak öğrenme sürecini kolaylaştırabilmektedir. Bu sanal ortamlar, öğrencilere gerçek hayatta karşılaşılabilecekleri acil durumlar ve klinik uygulamalar için deneyim kazanmalarını sağlamaktadır (Demiryürek & Demiryürek,2022). VR, tıbbi prosedürleri uygulamak, komplikasyonları gözlemlemek, hastalıkları ayırt edebilmek gibi

birçok uygulama becerisinin geliştirilmesinde de önemli bir rol oynamaktadır(du Plessis & Jordaan, 2024).

Sanal gerçeklik, hemşirelik öğrencilerinin temel el becerilerini geliştirmelerinde de rol oynamaktadır. Örneğin, enjeksiyon yapma, damar yolu açma uygulamalı becerileri sanal ortamlarda güvenli bir şekilde öğrenilebilmekte ve öğrenciler, gerçek hastalar üzerinde işlem yapmadan önce pratik yapma fırsatı bulup, hata yapma riskini azaltarak güvenli bir öğrenme ortamı sağlanmış olmaktadır (Tuna & Öskan, 2024).

2. Hemşirelerin Mesleki Becerilerini Geliştirme

Sanal gerçeklik, deneyimli hemşirelerin mesleki becerilerini geliştirmeleri ve yeni sağlık protokollerine adapte olmaları açısından da önemli bir araçtır. Sağlık sektöründe hızla değişen teknolojiler ve tedavi yöntemleri, hemşirelerin sürekli olarak eğitim almasını gerektirir (Çobanoğlu & Oğuzhan, 2023). VR uygulamaları, hemşirelere güncel tedavi yöntemlerini, ilaç uygulama tekniklerini, hasta izleme sistemlerini ve acil durum protokollerini öğrenme imkanı sunmaktadır. (Altmiller & Pepe, 2022; Çobanoğlu & Oğuzhan, 2023).

Hemşireler ağrı yönetimi, kaygı azaltma ve hastaların iyileşme süreçlerinde destek bakım uygulaması olarak VR teknolojisini kullanabilmektedir. Cerrahi işlemler öncesinde veya tedavi sırasında, sanal gerçeklik ile hastanın dikkatini başka bir yöne çekmek ve stresini azalttığı literatürde bildirilmektedir. VR, hastaların relaksasyon sağlayan vmanzaralarla meşgul olmalarını sağlayarak, tedavi süreçlerini daha konforlu hale getirebilmektedir (Akıncı & Aydın Özkan, 2024b; Li vd., 2011).

Hastalara rehabilitasyon süreçlerinde de sanal gerçeklik kullanılarak hemşireler hastaların motor becerilerini geliştirmelerine yardımcı

olabilmektedir. Felçli hastalar, VR aracılığıyla ellerini veya bacaklarını hareket ettirerek egzersiz yapabilme imkanı bulmaktadır(Kaya & Özlü, 2022).

4. Psiko-sosyal Destek ve Terapötik Kullanım

Sanal gerçeklik, hemşirelik uygulamalarında hastaların sadece fiziksel sağlığını değil, mental sağlığı üzerinde de kullanılmaktadır (Buztepe & Çapık, 2024). Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi mental sağlık sorunları yaşayan hastalar için VR terapötik bir yöntem olarak kullanılabilir (Kurt, 2023). VR, hastaların korkuları ve travmalarıyla baş etmelerine yardımcı olmak için çeşitli sanal senaryolar sunar. Ayrıca, hastaların sosyal etkileşimlerini teşvik ederek yalnızlık duygusunu azaltabilmektedir (Kafes vd., 2024).

Hemşireler sanal gerçeklik ile hastaların psikolojik durumlarını gözlemlemelerine ve onlara uygun terapötik destek sunmalarına yardımcı olurken, Bu sayede hastalarının ruh halini, kaygı seviyelerini ve genel iyilik hallerini daha iyi değerlendirebilme imkanı bulacaklardır(Aslan, 2023).

Sonuç

Sanal gerçeklik, hemşirelik alanında eğitim, hasta bakımı, psikolojik destek ve mesleki gelişim açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu teknoloji, hemşirelerin klinik becerilerini geliştirirken aynı zamanda hastaların tedavi süreçlerine katkı sağlamaktadır. Sanal gerçeklik, sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkili bir şekilde sunulmasını sağlayarak, sağlık sektörünün geleceği için büyük bir potansiyel taşımaktadır. Hemşirelik uygulamalarına VR teknolojisinin entegrasyonu, hasta bakım hizmetlerinin kalitesini artırmada önemli tamamlayıcı bakım yöntemi olarak öne çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e18290. <https://doi.org/10.2196/18290>

Darnall, B. D., Krishnamurthy, P., Tsuei, J., & Minor, J. D. (2020). Self-Administered Skills-Based Virtual Reality Intervention for Chronic Pain: Randomized Controlled Pilot Study. *JMIR Formative Research*, 4(7), e17293. <https://doi.org/10.2196/17293>

Hu, Y., Yuan, X., Ye, P., Chang, C., Hu, Y. H., Zhang, W., & Li, K. (2023). Virtual Reality in Clinical Nursing Practice Over the Past 10 Years: Umbrella Review of Meta-Analyses. *JMIR Serious Games*, 11(1), e52022. <https://doi.org/10.2196/52022>

Jarvelainen, M., Cooper, S., & Jones, J. (2018). Nursing students' educational experience in regional Australia: Reflections on acute events. A qualitative review of clinical incidents. *Nurse Education in Practice*, 31, 188-193. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.007>

Lee, J. J., Tsang, V. W. Y., Chan, M. M. K., O'Connor, S., Lokmic-Tomkins, Z., Ye, F., Kwok, J. Y. Y., & Ho, M.-H. (2023). Virtual reality simulation-enhanced blood transfusion education for undergraduate nursing students: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today*, 129, 105903. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105903>

Liu, K., Zhang, W., Li, W., Wang, T., & Zheng, Y. (2023). Effectiveness of virtual reality in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 23(1), 710. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04662-x>

Olbrecht, V. A., O'Connor, K. T., Williams, S. E., Boehmer, C. O., Marchant, G. W., Glynn, S. M., Geisler, K. J., Ding, L., Yang, G., & King, C. D. (2021). Guided Relaxation-Based Virtual Reality for Acute Postoperative Pain and Anxiety in a Pediatric Population: Pilot Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e26328. <https://doi.org/10.2196/26328>

Saab, M. M., Hegarty, J., Murphy, D., & Landers, M. (2021). Incorporating virtual reality in nurse education: A qualitative study of nursing students' perspectives. *Nurse Education Today*, 105, 105045.

Blokzijl, S. J., Lamberts, K. F., van der Waaij, L. A., & Spikman, J. M. (2019). Short article: Willingness to undergo colonoscopy with virtual reality instead of procedural sedation and analgesia. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 31(3), 334-339. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001325>

Eijlers, R., Utens, E. M. W. J., Staals, L. M., de Nijs, P. F. A., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M. H., Hillegers, M. H. J., Dierckx, B., & Legerstee, J. S. (2019). Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety. *Anesthesia and Analgesia*, 129(5), 1344-1353. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004165>

Hudson, B. f., Ogden, J., & Whiteley, M. s. (2015). Randomized controlled trial to compare the effect of simple distraction interventions on pain and anxiety experienced during conscious surgery. *European Journal of Pain*, 19(10), 1447-1455. <https://doi.org/10.1002/ejp.675>

Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Boeira Fuculo Junior, P. R., Gonçalves, N., Rocha, P. K., & Coimbra, R. (2018). Virtual Reality in the treatment of burn patients: A systematic review. *Burns*, 44(6), 1403-1416. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.11.002>

Soltani, M., Drever, S. A., Hoffman, H. G., Sharar, S. R., Wiechman, S. A., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2018). Virtual reality analgesia for burn joint flexibility: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 63(4), 487-494. <https://doi.org/10.1037/rep0000239>

Akıncı, G., & Aydın Özkan, S. (2024a). Türkiye’de Ebelik ve Hemşirelik Alanında Ağrı ve/veya Anksiyetenin Azaltılması için Sanal Gerçeklik Gözlüğü Kullanılarak Yapılan Lisansüstü Tezlerin Sistematiik İncelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1), 284-293. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1273106>

Akıncı, G., & Aydın Özkan, S. (2024b). Türkiye’de Ebelik ve Hemşirelik Alanında Ağrı ve/veya Anksiyetenin Azaltılması için Sanal Gerçeklik Gözlüğü Kullanılarak Yapılan Lisansüstü Tezlerin Sistematiik İncelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1), 284-293. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1273106>

Aktaş, B., Baş, E., Atsal, B., Doğan, Z., & Güzel, H. (2020). *ARAŞTIRMA / Research Articles*.

Altmiller, G., & Pepe, L. H. (2022). Influence of Technology in Supporting Quality and Safety in Nursing Education. *The Nursing Clinics of North America*, 57(4), 551-562. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.06.005>

Aslan, K. (2023). *Sanal gerçeklik temelli gevşeme programının endoskopi uygulanacak hastalarda ağrı şiddetine, anksiyete düzeyine ve hasta memnuniyetine etkisi* [masterThesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. <https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/5517>

Buztepe, S., & Çapık, C. (2024). SANAL GERÇEKLİK VE SAĞLIK ALANINDA KULLANIMININ ÖNEMİ. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), Article 1.

Çevik Aktura, S., Çitlik Sarıtaş, S., & Sarıtaş, S. (2022). Ağrı ve Anksiyete Yönetiminde Sanal Gerçeklik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 301-312. <https://doi.org/10.47115/jshs.1100557>

Çobanoğlu, A., & Oğuzhan, H. (2023). Hemşirelikte Teknolojinin Gelişimi ve Mesleğin Geleceğine Etkileri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 114-122. <https://doi.org/10.54189/hbd.1036888>

DemiRyürek, S. O., & DemiRyürek, S. Ç. (t.y.). *Klinik Hemşirelerin Beceri Uygulamalarında Sanal Gerçeklik Eğitiminin Avantajları: Literatür Taraması/ Advantages of Virtual Reality Training in Clinical Nurses' Skills Practice: Literature Review*.

du Plessis, J., & Jordaan, J. (2024). The impact of virtual reality on the psychological well-being of hospitalised patients: A critical review. *Heliyon*, 10(2), e24831. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24831>

Ertürk, N. B., & Değirmenci, F. N. (2023). *SANAL GERÇEKLİK (VR) TEKNOLOJİLERİNGİN MİMARLIK SEKTÖRÜNDEKİ YERİ*. 2(2).

Hakim, A. (2023). Investigating the challenges of clinical education from the viewpoint of nursing educators and students: A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 11, 20503121221143578. <https://doi.org/10.1177/20503121221143578>

Kafes, A. Y., Çiller, A., & Şakiroğlu, M. (2024). Virtual Reality Supported Intervention Program for Trauma Symptoms of Individuals Who Experienced an Earthquake: An Effectiveness Study. *Archives of Neuropsychiatry*. <https://doi.org/10.29399/npa.28568>

Kaya, M., & Özlü, Z. K. (2022). Yanık Nedeniyle Tedavi Gören Hastalarda Yenilikçi Teknoloji: Sanal Gerçeklik. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), Article 1. <https://doi.org/10.17827/aktd.992689>

Kurt, A. M. (2023). Psikiyatri ve sanal gerçeklik: Gelecekteki olası uygulamalar ve kısıtlılıklar. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 3(1), Article 1.

Li, A., Montano, Z., Chen, V. J., & Gold, J. I. (2011). Virtual reality and pain management: Current trends and future directions. *Pain management*, 1(2), 147-157. <https://doi.org/10.2217/pmt.10.15>

Tuna, A., & Oskan, D. (2024). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Öğrenmesinde Yeni Bir Gerçeklik: Sanal Gerçeklik. *The Journal of International Educational Sciences*, 9(32), Article 32. <https://doi.org/10.29228/INESJOURNAL.64133>

BÖLÜM VI

Hemşirelik Hizmetlerinde Dönüşümsel Liderliğin Etkili Liderliğe Katkısı

Esra KÖSE¹

Giriş

Günümüzde sürekli yenilenen teknoloji, tıp alanındaki birçok yeni uygulamalar sağlık sisteminde hızlı değişim ve dönüşüme neden olmaktadır. Sağlık sektöründe bu hızlı değişim sağlık kurumlarını güvenli bir hasta çevresinin oluşturulması ve hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi konusunda ölçülebilir hedefler koymaya zorlamıştır. Hemşireler, sağlık bakım sisteminde önemli farklılıklar yaratabilecek bilgi, beceri ve donanımına sahiptir. Fakat; sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturan hemşirelerin sahadaki eksikliği ve bu eksikliğe bağlı iş yükünün artması ve işten ayrılma durumlarının çok olması hasta bakımında kalitenin düşmesine, güvenlik sorunlarına (ilaç hataları, düşmeler, cerrahi

¹ Dr., Mersin Üniversitesi, Hastanesi, Hemodiyaliz Bölümü, Mersin/Türkiye, Orcid: 0000-0002-2111-0538, esra3371@gmail.com

hatalar vb.), sağlık bakım harcama giderlerinin artmasına neden olmaktadır (Ardahan & Konal, 2017; Akbıyık&Korhan, 2017; Özkan,2021). Hemşirelik hizmetleri, hasta güvenliğine ve yüksek bakım kalitesine katkıda bulunmak ve çalışan memnuniyetini artırmak için etkili liderlere ihtiyaç duyar (Avcı&Başer, 2019). Yapılan çalışmalarda etkili liderlik davranışlarının sergilendiğı çalışma ortamında; hemşirelerin iş doyumunun arttığı, iş bırakma oranlarının ve tükenmişliğin azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve ekip anlayışının hakim olduğu görölmektedir (Özkan,2021; Alp&Sevi,2024). Literatürde hemşirelik bakım uygulamalarında farklı türlerde liderlik tarzları olduğu, fakat etkili liderlikte hangisinin uygulanması gerektiğı netlik kazanmamıştır. Kaliteli hasta bakım sonuçları, çalışanların iş doyumunu ve motivasyonu düşünüldüğünde liderlik tarzları içerisinde transformasyonel (dönüşümsel) liderlik tarzının hemşirelik uygulamaları alanında daha çok benimsendiğı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (İntepeler& Barış, 2018; Khan & Quinn Griffin, 2018; Ferreira, Amestoy&Silva, 2020; Boamah, Laschinger&Wong, 2018; Ajanak&, Lubbe, 2021).

Bu yazımızın amacı profesyonel sağlık hizmeti sunumunun temelinde hemşirelik hizmetlerinin büyük bir rolü olduğunu vurgulamanın yanı sıra, lider hemşirelerin klinik ortamdaki önemine dikkat çekmek ve liderlik tarzlarından biri olan dönüşümsel liderliğin hemşirelik uygulamalarına neler katabileceğı konusunda farkındalık yaratmaktır.

Klinik Ortamda Etkili Liderlik ve Hemşirelik

Lider, ekibine bir vizyon ve pozitif enerji alanı oluşturup ekip üyelerinin hevesle çalışmalarını sağlayan kişidir. Hemşirelik mesleğinin geçmişine baktığımızda, daha çok kadına özgü bir meslek olarak algılanması, uzun yıllar yönetici ve eğitici

kadrolarında hemşirelere yer verilmemesine neden olmuştur. Hemşirelikte liderlik adına bir gelişme sağlanamamasının nedenleri arasında, hekimlerin ekip lideri olarak algılanması, hemşirelerin ekibin bir parçası olarak değil de geleneksel çerçevede emre itaat eden yardımcı konumunda görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Bergstedt&Wei, 2020). Hemşirelik mesleğinde 1980'li yılların ortalarından sonra liderlik kavramının eksikliği fark edilmiş, hemşirelikte liderliğin önemi dikkat çekmiştir. Liderlik hemşirenin tüm rollerini kapsayan bir özelliktir. Günümüz liderlerin insan odaklı, değişim ve dönüşümü destekleyen, etik ilkelere önem veren bir yapıya sahip olması beklenmektedir (Masood&Afsar, 2017). Klinik ortamda etkili liderlik özelliği gösteren hemşirelerin girişimci, araştırmacı, meraklı, aktif dinleyici, kendine güvenen, sahada görünür ve erişebilir olan, iletişime açık, duygusal zekaya ve karar verme yeteneğine sahip, zaman yönetimi tekniklerini kullanan, kritik düşünme, problem çözme, ekip çalışmasına önem veren, empatik ve bütüncül bakım verme becerisi olan kişiler olduğu belirtilmektedir (Umrani&Afsar, 2018). Ayrıca klinik ortamda etkin liderlik özelliği gösteren hemşirelerin mesleki bilgi, deneyim ve eğitim düzeyi oldukça önemlidir. Son yıllarda klinik ortamda çalışan yüksek lisans ve doktora yapan hemşirelerin sayısındaki artışın etkili bir liderlik anlayışına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Günümüzde tanımlanmış birçok liderlik tarzı bulunmaktadır. Bunlardan; otokratik, hizmetkar, otantik, etik, paternalist, dönüşümcü liderlik en çok kullanılan tarzlar arasında yer almaktadır (Collins, Owen&Digan, 2020). Otokratik liderler, bulundukları konum gereği elinde bulundurdukları güce güvenerek, karar süreçlerinde tek karar verici olarak kendilerini görürler. Hizmetkar liderler, kendi çıkarlarını düşünmez, amaçlara ulaşmak için güç kullanmazlar; ikna etmeye çalışırlar. Otantik liderler bilgileri paylaştan, iletişime açık

ve çalışanların güvenini kazanan liderlerdir. Etik liderler, sorun çözmeye istekli ve etik ilkeler çerçevesinde örgütsel vatandaşlık davranışı sergileyen liderlerdir. Paternalist liderler, yardımsever ve babacan davranış sergileyerek çalışanı motive eden liderdir. Dönüşümcü liderler ise çalışanların yaşama karşı bakış açılarını değiştirerek, ekipte esnek olmayı, yenilenmeyi ve değişimi esas alarak performansı artıran liderlerdir (Doody&Doody, 2012; Fischer, 2016; Güngör&Polat, 2022).

Dönüşümsel Liderlik ve Hemşirelik Uygulamalarına Katkısı

Dönüşümsel liderlik, 1975 yılından sonra geliştirilen modern liderlik teorileri içerisinde en fazla üzerinde durulan “çalışanların kendi gereksinim ve beklentilerini karşılama ve onları motive etme işlevlerini gerçekleştiren bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Umrani &Afsar2019; Arslan&Vatan, 2020).

Dönüşümsel liderlik dört temel bileşenden oluşur. İlk olarak, "idealize edilmiş etki" liderin güçlü bir rol modeli olarak davranmasını, çalışma ahlakı ve güçlü değerler göstermesini ve böylece personelin güvenini kazanmasını içerir. İkinci olarak "ilham verici motivasyon" liderin ilham verici bir vizyon yaratarak ve bunu duygusal olarak yüklü konuşmalar ve canlı imgeler aracılığıyla personele iletmeyi içerir. Üçüncü olarak "entelektüel uyarım" personeli kalıpların dışında düşünmeye ve günlük sorunlara farklı yaklaşımları göz önünde bulundurmaya teşvik ederek bu sorunlara yenilikçi çözümler geliştirmelerini sağlar Dördüncü olarak koçluk, takipçilerin hedeflere ulaşmalarına yardımcı olma ve destekleyici ortam yaratarak "bireyselleştirilmiş değerlendirme"dir Ferreira, Amestoy&Silva, 2020).

Dönüşümcü liderler, rol model olarak hareket eden ve personeli motive edip güçlendiren, personelinin etkin dinleyen ve ihtiyaçlarını

destekleyen, personeli karar alma süreçlerine dahil eden, gerektiğinde inisiyatif alabilen, eşitlik ve adalet ilkesine bağlı, örgütsel bütünleşmenin mesleki güce katkı sağlayacağını öngören ve örgütsel faaliyetlerde gönüllü yer alan sağlık profesyonelleridir Boamah., Laschinger&Wong, 2018; Sayın, 2008). Dönüşümcü liderin bu yaklaşımları ekip üyelerinin kendilerini mutlu, güvende, desteklenmiş, güçlendirilmiş ve motive olmuş hissetmelerine neden olmaktadır. Bu durum ekip içinde üretkenliği ve performansı artırmaya, hasta ve çalışan güvenliğine ve yüksek bakım kalitesine katkıda bulunur (Collins, Owen&Digan, 2020; Arslan&Vatan,2020). Klinik ortamda dönüşümcü liderlik yaklaşımları; hemşirelik uygulamasında, inovatif fikirlere ve kanıta dayalı uygulamaların da artmasına yol açar (Bergstedt&Wei, 2020; Umrani&Afsar, 2019).

Bergstedt ve ark. yaptıkları çalışma da, hemşire liderleri iş katılımını teşvik etmek için kullanabilecekleri stratejiler “erişilebilirlik, açık iletişim ve personele kişisel ilgi gösterilmesi” olarak belirtilmektedir (Bergstedt&Wei, 2020). Ferreira ve ark. yaptıkları çalışmada dönüşümsel liderliğin hemşirelik personeline ilham verdiği ve motive ettiği ve bakımın kalitesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Ferreira, Amestoy&Silva,2020). Masood ve ark.yaptığı çalışma da ise dönüşümsel liderliğin hemşirelerin psikolojik güçlenmesini olumlu yönde etkilediği ve içsel motivasyon yoluyla dönüşümsel liderliğin hemşirenin yenilikçi çalışma davranışını desteklediği bulunmuştur (Masood&Afsar, 2017). Negussie ve Demissie, liderlik tarzı ve hemşirelerin iş tatmini arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hemşirelerin dönüşümcü liderlik tarzı ile iş tatmini arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (Negussie& Demissie, 2013). Hemşirelerde olması gereken liderlik özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada, hemşirelerin transformasyonel liderlik özellikleri taşımaları, etkili iletişim yöntemlerini kullanmaları, plan, organizasyon gibi

konularda yönetim yeteneklerine sahip olmaları ve grup içerisinde proaktif kişilik özelliği sergilemeleri gerektiği sonucuna varılmıştır (Shariff, 2015).

Sağlık kurumlarının kalite göstergeleri arasında yer alan hasta sonuçlarının iyileşmesi ve memnuniyetinin artması, mortalite oranlarının, malpraktisin, hastane kaynaklı enfeksiyonların daha az görülmesi de dönüşümsel liderlik yaklaşımlarının sonuçlarından olabileceği ifade edilmektedir (Fischer, 2016). Ancak hemşireler, bu yaklaşımın liderler için duygusal olarak yıpratıcı ve bireylere dönüşümsel liderlik becerileri geliştirmeyi öğretmede zorluklar sunması gibi dezavantajları olabileceğinin de farkında olmalıdır (Güngör& Polat, 2022; Fischer, 2016; Hutchinson & Jackson 2013).

Sonuç

Sağlık hizmeti sunumunun temelinde, hemşirelik hizmetlerinin büyük bir rolü olduğu aşîkardır. Sağlıkta dönüşüm programları, tıp ve teknolojidaki gelişmeler, hemşire eksikliği, tükenmişlik sorunları hemşirelik alanında etkili liderlere olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Liderlik tarzlarından biri olan dönüşümsel liderliğin klinik ortamda hemşirelik uygulamalarında farklı bir bakış açısı yaratacağı, kaliteli ve güvenli bakım sunacağı ve çalışan memnuniyetini artıracığı düşünülmektedir. Bu nedenle dönüşümsel liderliği konu alan bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmaların hem uygulama sürecine hem de literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hemşirelikte profesyonelliğin sağlanması adına, klinik ortamda ekibin önemli bir üyesi olan hemşireler sahip oldukları dönüştürücü, bütünleştirici, problem çözücü, araştırmacı, eğitimci, yaratıcı güçlerinin farkında olmalı, etkili liderlik becerilerini geliştirip karar mekanizmalarında yer almalıdır.

Kaynaklar

Ardahan, M., Konal, E. (2017). Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1), 140-147.)

Akbıyık, A., Korhan, e. a. (2017). Hasta bakım sonuçlarında kilit nokta: hemşirelik hizmetleri yönetiminde liderlik. turkiye klinikleri journal of nursing sciences, 9(3).

Özkan, Ş. (2021). Klinik liderlik ve sağlık kurumlarına yansımaları. Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama, 4(1), 40-50.

Avcı, E., Başer, M. (2019). Klinik karar verme sürecinde hemşirelerin liderlik özellikleri. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(2), 1-5.

Alp, S., Sevim, F. (2024). Sağlık sektöründe liderlik ve liderlik tarzları: Bir sistematik derleme çalışması. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 14(1), 182-201.

İntepeler Ş.S, Barış V.K. (2018) Dönüşümcü ve etkileşimci lider izleyen ilişkilerinin hemşirelik ve sağlık hizmetlerine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg.,9(2):97-104. <https://doi.org/10.31067/0.2018.13>

Khan, B.P., Quinn Griffin, M.T. (2018) Fitzpatrick J.J. Staff nurses' perceptions of their nurse managers' transformational leadership behaviors and their own structural empowerment. JONA, 48(12):609-614.doi: 10.1097/NNA.0000000000000690

Ferreira, V. B., Amestoy, S. C., Silva, G. T. R. D., Trindade, L. D. L., Santos, I. A. R. D., Varanda, P. A. G. (2020) Transformational leadership in nursing practice: challenges and strategies. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(6), e20190364.)

Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66(2), 180-189.)

Ajanaku, O. J., Lubbe, W. (2021). Applying transformational leadership in nursing through the lens of Kouzes and Posner leadership practices. *Gender and Behaviour*, 19(2), 17788-17794.)

Bergstedt, K., Wei, H. (2020). Leadership strategies to promote frontline nursing staff engagement. *Nursing management*, 51(2), 48-53.

Masood, M., Afsar, B. (2017). Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nursing inquiry*, 24(4), e12188.

Umrani, W. A., Afsar, B. (2019). How transformational leadership impacts innovative work behaviour among nurses. *British Journal of Healthcare Management*, 25(12), 1-16.

Collins, E., Owen, P., Digan, J., Dunn, F. (2020). Applying transformational leadership in nursing practice. *Nurs Stand*, 35(5), 59-66.

Doody, O., Doody, C. M. (2012). Transformational leadership in nursing practice. *British journal of nursing*, 21(20), 1212-1218.

Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2644-2653.

Güngör, T., Polat, Ü. (2022). Liderlik Yaklaşımlarının Sağlık Hizmetlerinde Kalite Üzerine Etkili Çalışan Davranışları ile İlişkisi. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 248-257.

Arslan, E., Vatan, F. (2020). Servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 100-107.

Sayın, Ç. (2008). “Yönetici Hemşirelerde Algılanan Liderlik Tarzlarının Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi”. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Negussie, N. Demissie, A. (2013). “Relationship Between Leadership Styles of Nurse Managers and Nurses' Job Satisfaction in Jimma University Specialized Hospital”. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 23(1): 49–5)

Shariff, N.J. (2015). “A Delphi Survey of Leadership Attributes necessary for National Nurse Leaders’ Participation in Health Policy Development: An East African Perspective”. *BMC Nursing*, 14:13.

Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nursing inquiry*, 20(1), 11-22.

BÖLÜM VII

Sağlıkta Şiddetin Etkileri

**Mesiya Aydın
Figen Çavuşoğlu**

Giriş

Şiddet kişinin kendisine, bir başka kişi veya topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik durum, gelişme geriliği, yoksunluk ile sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan fiziksel güç veya gücün kasıtlı kullanımıdır. Sağlık çalışanları için şiddet, karmaşık mesleki bir tehlikeyi temsil etmektedir. Liu ve arkadaşları (2019) tarafından sağlık çalışanları ile yapılan 253 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, katılımcıların %61,9'unun herhangi bir şiddete maruz kaldığı, %42,5'inin fiziksel olmayan şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Sözlü tacizin (%57,6) fiziksel olmayan şiddetin en yaygın biçimi olduğu, bunu tehdit (%33,2) ve cinsel tacizin (%12,4) izlediği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlığının özellikle Asya ve Kuzey Amerika ülkelerinde, psikiyatri ve acil servislerde, hemşireler ve doktorlar arasında

yüksek olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte şiddetin kültürel farklılıklar ve farklı risk faktörlerinden kaynaklanmış olmasına bakılmaksızın etkilerinin benzer olduğu, mağdurların hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı üzerinde önemli sonuçlar doğurabildiği bilinmektedir. Sağlık çalışanına uygulanan şiddetin hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkiye zarar verebileceği ve gelecekte daha yüksek şiddet olaylarına, aşırı davranışlara neden olabileceği belirtilmektedir. İş yerinde maruz kalınan şiddetin sonuçlarının sadece sağlık çalışanını değil, kurumu hatta bir bütün olarak toplumu etkileyeceğine dikkat çekilmektedir.

Sağlıkta Şiddetin Bireysel Etkileri

Şiddete hem doğrudan hem de dolaylı maruziyet, çeşitli düzeylerde ani, kapsamlı ve genellikle uzun vadeli etkilere neden olmaktadır (Berlanda vd., 2019:1-9). Sağlık sektörü çalışanlarına uygulanan şiddet sonucunda ölümler ve yaşamı tehdit eden yaralanmalar meydana gelebilmektedir (Vento, 2020:2). Şiddet sonucunda başvurulun etkisiz baş etme yöntemleri nedeniyle, uyuşturucu kullanımı ve alkol kullanımı artabilmekte, şiddet çalışanlarda, düşük sağlık ve yaşam memnuniyetine neden olabilmektedir (Liang vd., 2015:1-12). Şiddete maruz kalan sağlık profesyonellerinin öfke, korku veya kaygı, suçluluk, utanç, güvensizlik, baş ağrısı, mide problemleri, uyku bozuklukları, iştahsızlık ve konsantrasyon güçlüğü gibi sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir. Şiddetin sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete gibi olumsuz duyguları tetiklediği bu durumun intihar düşüncesine neden olabildiği bildirilmiştir (de Looft vd., 2018:506-516; Jalil vd., 2017:130-138). Şiddet aynı zamanda sağlık çalışanının aile ve sosyal hayatını da etkilemektedir. Şiddete maruz kalan hemşirelerin eşleri,

çocukları ve iş arkadaşları ile ilişkilerinde olumsuz değişikliklerin meydana geldiği (Hassankhani vd., 2018:20-25) ve sağlık çalışanlarının evden çıkmaya bile korktukları belirtilmektedir (Avander vd., 2016:51-57; Mento vd., 25-33). Bununla birlikte iş yerinde maruz kalınan şiddetin sağlık çalışanları için tip 2 diyabet riskini arttırdığı ifade edilmektedir (Xu vd., 2018:81). Zhao ve arkadaşların Çin’de yürüttükleri veri çalışmasında 2000-2015 yılları arasında sağlık çalışanlarının yaralanmasına ya da ölümüne neden olan 290 iş yerinde şiddet vakası olduğu ortaya konulmuştur (Zhao vd., 2017:245). Atan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin yaşadıkları şiddet sonrasında ağrı ve çarpıntılarının olduğu bununla birlikte kendilerini aşağılık ve değersiz hissettikleri, %60’ının maruz kaldıkları şiddet nedeniyle stres, %30.4’ünün depresyon ve hayal kırıklığı yaşadığı bulunmuştur. Shi ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir başka çalışmada ise fiziksel ve fiziksel olmayan şiddete maruz kalan hekim ve hemşirelerin, hiç şiddetle karşılaşmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtileri geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlıkta Şiddetin Kurumsal Etkileri

Şiddetin tüm sağlık sisteminin kalite ve verimliliğinde düşüşe neden olması mümkündür (Wu vd., 2015:3). Şiddet sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki terapötik ilişkiyi olumsuz yönde etkileyebilmekte (Magnavita, 2014:369) daha yüksek tükenmişlik oranı, daha fazla olumsuz olay ile ilişkilendirilmektedir (Vento, 2020:2). Sağlık çalışanlarının işte konsantrasyonlarını kaybetmelerine neden olan şiddet, sağlık çalışanlarının iyi bakım uygulamalarına olan bağlılıklarını azaltmakta ve kendi mesleki

yeteneklerine olan güvenlerini zayıflatarak işteki beceri ve verimliliği etkilenmekte ve bu da hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (Wu vd., 2015:3; Al-Shiyab ve Ababneh, 2018:515-528; Jakobsson vd., 2020:2; Giorgi vd., 2020:3). Aynı zamanda sağlıkta şiddetin hekimlerde empatiyi azaltacağı ve bu durumun hekimler ve hastalar arasında güven eksikliğine neden olabileceği belirtilmektedir (Duan vd., 2019:1-10). Magnavita ve arkadaşlarının (2020) hemşireler ile yaptıkları bir çalışmada şiddete maruz kalan hemşirelerin toplam iş gücü kaybı puanının şiddete maruz kalmayan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Şiddete maruz kalan hemşirelerin iş işlevlerinin bozulma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Hemşireler ile yapılan bir çalışmada şiddet mağdurlarının %49.9'unun yaşadıkları şiddet sonrasında iş performanslarının mağdur olmayanlara göre azaldığı bulunmuştur (Atan vd., 2013:882-889). Ayrıca şiddetin sağlık çalışanlarında örgütsel bağlılığı azalttığı belirtilmektedir (Demir ve Rodwell, 2012:376-384). Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada şiddetin tükenmişlik ve sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetleri üzeri önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Chen vd., 2016:330-337). Yapılan birçok çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet nedeniyle işini bırakmayı düşündüğünü (Atan vd., 2013:882-889; Woodrow ve Guest, 2012:24-30; Alameddine vd., 2011:455-464; Nevman vd., 2011:1-13) iki farklı çalışmada işe şiddet nedeniyle sağlık çalışanlarının işini bıraktığı belirtilmiştir (Samir vd., 2012:198-204; Nevman vd., 2011:1-13). Türkiye’de acil serviste çalışan doktorlarla yapılan bir çalışmada şiddet ve duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada duyarsızlaşma ve şiddet arasında anlamlı bir korelasyon olduğu ortaya konulmuştur (Erdur vd.,

2015:175-180). Yapılan bir başka çalışmada fiziksel şiddetin hekimlerin işten ayrılma niyetleri ve düşük iş tatminleri arasında ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Heponiemi vd., 2014:1-8). Hemşireler ile yapılan bir başka araştırmada katılımcı hemşirelerin, %42.9'unun yaşadıkları şiddet olayının iş performanslarını etkilediğini ifade ettikleri belirtilmiştir (Atan vd., 2013: 882-889).

Sağlıkta Şiddetin Toplumsal Etkileri

İş yerinde maruz kalınan şiddetin sağlık çalışanlarının kariyeri üzerine etkisi bulunmaktadır. Sağlık personelinin stresini arttıran şiddet bireyleri tıp mesleğinden uzaklaştırarak sağlık iş gücünü azaltabilmektedir. Bu durum hastaların taleplerinin karşılanmasını zorlaştırabilmektedir (Du vd., 2020:1-10; Magnavita, 2014:366-368). Şiddet neticesinde sağlık çalışanlarında görülen iş devamsızlık, tükenmişlik, azalan iş tatmini, iş kalitesini, bütçeleri ve maliyetleri güçlü bir şekilde etkilemektedir (Hassankhani vd., 2018: 20-25; Berlanda vd., 2019:1-9; Mento vd., 2020:25-33). Şiddet nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, sağlık çalışanlarının kurumdan veya mesleklerinden ayrılmaları, sağlık çalışanlarının fiziksel ya da psikolojik açıdan zarar görmeleri topluma sunulan genel sağlık hizmetlerinde bir daralmaya ve dolayısıyla toplum sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir

(https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf).

Şiddeti Azaltmada Alınabilecek Önlemler

Tüm çalışanların işlerinde güvende olma hakkı olduğu ve sağlık çalışanları da bir istisna olmadığı bilinmelidir. Bunun için;

- ✓ Öncelikle şiddet uygulayan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve faillerin şiddete başvurmadaki nedenlerini ve niyetlerini araştıran çalışmaların önemli olduğunu düşünülmektedir. Bu bilgiler sağlık çalışanlarına karşı şiddetin nedenlerini ve risk faktörlerini daha iyi anlamaya yardımcı olabileceğine inanılmaktadır (Liu vd., 2019:929)
- ✓ Dünya’da hastanelerde yaygın olan personel eksikliğini gidermek ve daha fazla doktor, hemşire istihdam etmek için daha fazla fon ayrılmalıdır (Madhivanan vd., 2020)
- ✓ Sağlık kurumları ve üniversiteler, hastaların ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentilerini veya yanlış anlamalarını azaltmak için mevcut ve gelecekteki sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesine önem vermelidir.
- ✓ Herhangi bir sözlü veya fiziksel şiddeti ihbar eden sağlık çalışanları sağlık kuruluşları tarafından desteklenmelidir.
- ✓ Sağlık çalışanlarının, kişinin şiddet uygulayabileceğinin erken belirtilerini tespit edebilmeleri, tehlikeli durumları nasıl yöneteceklerini ve kendilerini nasıl koruyacaklarını öğrenmeleri için eğitimler düzenlenmelidir.
- ✓ Hizmet sunumundaki gecikmeler, belirli koşullara öncelik verildiği için bekleme sürelerinin uzun

olduğu durumlarda hasta ve yakınlarına bildirilmelidir

- ✓ Hastalar, yakınları veya ziyaretçiler tarafından uygulanan şiddete karşı yaptırım uygulanmalıdır (Vento, 2020).
- ✓ Sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini artırmak için çaba gösterilmelidir (Berlanda vd., 2019:1-9).
- ✓ Birçok hasta ve hasta yakını, tıbbi bakımla ilgili olumsuz deneyimlerini, bu hikayelerle oldukça ilgilenen ve çoğu zaman bilgiyi yayınlamadan önce kontrol etmeyen haberlere veya medya kuruluşlarına bildirmektedir. Bu nedenle medya, genel halkın sağlık çalışanları ve kurumlara karşı güvensizliğine katkıda bulunmamak için dikkatli olmalıdır (Toraldı vd., 2015:1-7).
- ✓ Kanıtı dayalı öneriler sağlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle sağlıkta şiddete yönelik alınması gereken önlemler ve sağlıkta şiddetin sağlık çalışanları üzerine uzun vadeli psikolojik ve fiziksel etkilerini araştıran antropologların, sosyologların ve psikologların katılımıyla disiplinler arası araştırmalar teşvik edilmelidir (Vento vd., 2020).

KAYNAKÇA

1. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. (2011). Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *Journal of occupational health*. 53(6), 455-464. doi.org/10.1539/joh.11-0102-OA
2. Al-Shiyab AA, Ababneh RI. (2018). Consequences of workplace violence behaviors in Jordanian public hospitals. *Employee Relations*. 40(3), 515-528. doi.org/10.1108/ER-02-2017-0043
3. Atan Ş, Baysan Arabaci L, Sirin A, Isler A, Donmez S, Unsal Guler M, Yazar Tasbasi F. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(10), 882-889. doi.org/10.1111/jpm.120273.
4. Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M. (2016). Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: short- and long-term consequences in a Swedish setting. *Journal of trauma nursing*, 23(2), 51-57. 10.1097/JTN.0000000000000186
5. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. (2019). Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed research international*, 2019(1),1-9. doi.org/10.1155/2019/5430870
6. Chen S, Lin S, Ruan Q, Li H, Wu S. (2016). Workplace violence and its effect on burnout and turnover attempt

among Chinese medical staff. Archives of environmental & occupational health, 71(6), 330-337. doi.org/10.1080/19338244.2015.1128874

7. de Looft, P, Nijman H, Didden R, Embregts P. (2018). Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. Journal of psychiatric and mental health nursing, 25(8), 506-516. doi.org/10.1111/jpm.12496

8. Demir D, Rodwell J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. Journal of nursing scholarship, 44(4), 376-384. doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01472.x

9. Du Y, Wang W, Washburn DJ, Lee S, Towne SD, Zhang H, Maddock JE. (2020). Violence against healthcare workers and other serious responses to medical disputes in China: surveys of patients at 12 public hospitals. BMC health services research, 20(1), 1-10. doi.org/10.1186/s12913-020-05104-w

10. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, Wang Y. (2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. Health and quality of life outcomes, 17(1), 1-10. 10.1186/s12955-019-1164-3

11. DSÖ. Global Status Report On Violence Prevention 2014. United Nations Development Programme. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>

12. Erdur B, Ergin A, Yüksel A, Türkçüer İ, Ayrik C, Boz B. (2015). Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. 2015; 21(3): 175-181. 10.5505/tjtes.2015.91298
13. Giorgi G, Leon-Perez JM, Pignata S, Topa G, Mucci N. (2020). Addressing Risks: Mental Health, Work-Related Stress, and Occupational Disease Management to Enhance Well-Being BioMed Research International, 2020.2019. 10.1155/2020/1863153
14. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. International emergency nursing, 39, 20-25. doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.007
15. Heponiemi T, Kouvonen A, Virtanen M, Vänskä J, Elovainio M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. BMC health services research, 14(1), 1-8.
16. Jakobsson J, Axelsson M, Örmon K. (2020). The face of workplace violence: Experiences of healthcare professionals in surgical hospital wards. Nursing research and practice, 2020(1). doi.org/10.1155/2020/1854387
17. Jalil R, Huber JW, Sixsmith J, Dickens GL. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. International journal of nursing studies, 75, 130-138. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018

18. Lanctôt N, Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501. doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010
19. Liang Y, Wang H, Tao X. (2015). Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). *International journal for equity in health*, 14(1), 1-12. 10.1186/s12939-015-0199-2
20. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, L K, Lu Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927-937. doi.org/10.1136/oemed-2019-105849
21. Madhivanan A, Venugopal V, Dongre AR. (2020). Physical violence against doctors: a content analysis from online Indian newspapers. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 45(1), 108. 10.4103/ijcm.IJCM_215_19
22. Magnavita N. (2014). Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation—results of a 6-year follow-up study. *Journal of nursing scholarship*, 46(5), 366-376. doi.org/10.1111/jnu.12088
23. Magnavita N, Heponiemi T, Chirico F. (2020). Workplace violence is associated with impaired work functioning in nurses: An Italian cross-sectional study. *Journal of nursing scholarship*, 52(3), 281-291. doi.org/10.1111/jnu.12549

24. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 25-33.101381. doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381
25. Newman CJ, De Vries DH, Kanakuze JDA, Ngendahimana G. (2011). Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality. *Human resources for health*, 9(1), 1-13.
26. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. (2012). Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 18 (3), 198-204.
27. Shi L, Li G, Hao J, Wang W, Chen W, Liu S, Han X. (2020). Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence: a cross-sectional study using propensity score analysis. *International journal of nursing studies*, 103, 103493. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103493
28. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. (2015). Medical malpractice, defensive medicine and role of the “media” in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 10(1), 1-7. 10.1186/s40248-015-0006-3
29. Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu

Raporu.https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf.

30. Woodrow C, Guest DE. (2012). Public violence, staff harassment and the wellbeing of nursing staff: an analysis of national survey data. *Health Services Management Research*, 25(1), 24-30. doi.org/10.1258/hsmr.2011.011019

31. Wu JC, Tung TH, Chen PY, Chen YL, Lin YW, Chen FL. (2015). Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of occupational health*, 15-0111.540-547. doi.org/10.1539/joh.15-0111-OA

32. Xu T, Hanson LL. M, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IE, Rod NH. (2018). Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia*, 61(1), 75-83. doi.org/10.1007/s00125-017-4480-3

33. Vento S, Cainelli F, Vallone A. (2020). Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Frontiers in public health*, 8, 570459. 10.3389/fpubh.2020.570459

34. Zhao S, Xie F, Wang J, Shi Y, Zhang S, Han X, Fan L. (2018). Prevalence of workplace violence against Chinese nurses and its association with mental health: a cross-sectional survey. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 242-247. doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.009

BÖLÜM VIII

İdiyopatik Granüloamatöz Mastit (İGM) Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Havva BOZDEMİR¹
Seçil EKİZ ERİM²
Züleyha ŞİMŞEK YABAN³

Giriş

İdiyopatik granüloamatöz mastit (İGM), etiolojisi henüz tam olarak bilinmeyen, nadir görülen, iyi huylu, yaşamı tehdit etmeyen, kronik ve tekrarlayabilen, heterojen, spesifik olmayan bir inflamatuvar meme hastalığıdır (Nguyen & ark., 2021; Abm Moniruddin & ark., 2023; Dilaveri & ark., 2024). İGM, ilk olarak 1972'de Kessler ve Wolloch tarafından histopatolojik olarak iyi

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0001-6403-0426 havva.bozdemir@kocaeli.edu.tr

² Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0003-0723-2229 ekiz@kocaeli.edu.tr

³ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0002-5079-2099 zuleyha.simsek@kocaeli.edu.tr

huylu bir hastalık varlığı olarak açıklanmıştır. 1977'de Cohen tarafından beş vakadan oluşan bir seride daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır (Dilaveri & ark., 2024; Abm Moniruddin ve ark. 2023). Tanımlandığı zamandan bu yana, dünyanın bir çok bölgesinden yüzlerce vaka raporu belgelenmiştir (Abm Moniruddin & ark., 2023).

Granüloamatöz değişiklikler, bilinen herhangi bir spesifik enfeksiyon, travma, sarkoidoz, Yabancı Cisim, bilinen otoimmün hastalık vb. olmaksızın memenin lobülleri ve kanalları etrafında meydana gelir. İGM, gebelik, emzirme ve oral veya enjekte edilebilir kontraseptiflerle ilişkilendirilmiştir. Nedenin bilinmeyen bir enfeksiyona veya başka bir faktöre karşı otoimmün bir reaksiyon olabileceği düşünülmektedir. Oral kontraseptif haplarla veya hatta emzirmeyle ilişkili olması muhtemel bir kimyasal reaksiyon olabilir (Abm Moniruddin & ark., 2023). Tetikleyiciler arasında yumuşak doku enfeksiyonu ve oral kontraseptif haplara maruz kalma gibi hormonal dengesizlik yer aldığı bildirilmektedir (Nguyen & ark. 2021). Bu hastaslığa özgü, hemşirelik girişimlerinin olduğu çalışma ve derleme sonuçları oldukça sınırlıdır.

İNSİDANSI

Tam insidansı bilinmemektedir. Son yirmi yıldır giderek daha fazla olgu bildirilmektedir. Sistematik derleme sonuçlarına göre; İGM'nin, her 100.000 kadından 2,4'ünde bir görülme sıklığı vardır. 1972 yılından bu yana tanımlanmaya başlayan İGM, vaka bildirimleri giderek artmakla birlikte yetersiz tanı veya yanlış tanı nedeniyle bu oranın düşük olduğu tahmin edilebilir. İGM insidansı; Amerika Birleşik Devletleri'nde %0,37 olduğu, özellikle

Almanya’da olmak üzere Avrupa'daki insidansı muhtemelen daha az olduğu bildirilmiştir. Beyaz olmayan kadınlarda daha fazla görüldüğü, birkaç erkek hastada da görüldüğü bildirilmiştir (Abm Moniruddin & ark., 2023). İGM, belirli bir etnik gruba karşı iyi bilinen bir yatkınlık olmaksızın tüm ırklardan bireylerde bildirilmiştir. Ancak bazı çalışmalar, Asyalı, Hispanik ve Orta Doğu kökenli olanlar da dahil olmak üzere beyaz olmayan etnik kökenlerle bir ilişki olduğunu bildirmektedir (Dilaveri & ark., 2024). Irksal-Hispanik (İspanya) ve Asya (Mısır, Türkiye, İran) kökenli kadınlarda farklılıklar kaydedilmiştir. Başta Çin, İran ve Türkiye gibi Asya ve Akdeniz ülkelerinden olmak üzere çok sayıda İGM vakası tanımlanmıştır (Al Manasra & Al-Huran 2016; Velidedeoğlu & ark., 2016; Xu & Limaye 2023). İGM, Ortalama 32-35 yaş arasındaki kadın hastalarda görülmekle birlikte 11 yaş ve 83 yaşlarında vakalarda bildirilmiştir (Abm Moniruddin & ark., 2023). İGM ile emzirme ve gebelik geçmişi arasında güçlü bir ilişki vardır. Hastaların yarısından fazlası tanıdan önceki gebelik yaşadığını, ortalama emzirme süresi 3-36 ay olduğu ve İGM başlangıcı emzirmenin kesilmesinden 6 ay ila 5 yıl sonra meydana geldiği belirtilmiştir. Hamilelik veya emzirme sırasında İGM nadirdir ancak bildirilmiştir (Altıntoprak, Kıvılcım & Özkan 2014; Benghazi & ark., 2024; Dilaveri & ark., 2024; Kawashima, Yamamoto & Narui, 2023; Al Manasra & Al-Hurani, 2016; Martinez-Ramos, Simon-Monterde & Suelves-Piqueres, 2019)

ETİYOLOJİ

İGM'nin etiyolojisi henüz net açıklanamamaktadır. Ancak birkaç tetikleyici faktör olarak bazı etyolojik faktörler sıralanmaktadır. Bunlar; gebelik, [emzirme](#), [hiperprolaktinemi](#), α 1-

antitripsin eksikliği, [oral kontraseptif kullanımı](#), [travma](#), diyabet, otoimmün hastalık ve sigara kullanımı olarak kabul edilmektedir. Bunların yanında, farklı patojenik mekanizmalar bağımsız değildir; sıklıkla birden fazla katkıda bulunan mekanizma ve patojenik faktörler vardır. Özellikle Gebelik, doğum ve emzirme İGM ile güçlü bir şekilde ilişkili faktörler olarak kabul edilmekle birlikte, hastalık 80 yaş üstü kadınlarda ve erkeklerde de görüldüğünden bunlar temel patojenik faktörler değildir (Yin & ark., 2022; Alsaleh 2021; Nguyen & ark. 2021)

PATOFİZYOLOJİSİ

İGM vakasının patogenezinin sorumlu üç hipotez bulunmaktadır: otoimmünite, enfeksiyon ve hormon bozuklukları.

Otoimmünite: Travma, enfeksiyon veya kimyasal tahriş gibi bir hasarın, memedeki duktal epitel hücrelerine lokal bir bağışıklık tepkisi tetiklediği ve lüminal salgıların lobüler bağ dokusuna doğru kaçmasına izin verdiği durumlarda. Bu değişiklikler IL'yi değiştirir (Yin & ark., 2022; Alsaleh 2021). Otoimmün faktörlerin İGM'yi aracılık etme mekanizması henüz tam olarak açıklığa kavuşturulmamış olsa da, bu hipotez epidemiyoloji, immünomodülatörlerin terapötik etkisi ve serolojik testler tarafından yaygın olarak desteklenmiştir (Alsaleh 2021; Altıntoprak & ark., 2014).

Enfeksiyon Faktörleri: Kesin patojenik bakteriler neredeyse hiç bozulmamış bir İGM lezyonundan izole edilmese de, çalışmalar gram pozitif (G^+) bakterilerin İGM ilerlemesinde rol oynayabileceği belirtmişlerdir (Yin & ark., 2022; Alsaleh 2021).

Hormonal Faktörler: Yüksek prolaktin düzeyleri İGM patogenezi ile ilişkilendirilmiştir ve bu durum hiperprolaktinemiye neden olan bozuklukların İGM için tetikleyici bir mekanizma olarak hareket edebileceği anlamına gelmektedir (Yin ve ark. 2022) Hiperprolaktinemi kaynaklı İGM'nin spesifik mekanizması henüz net değildir. Bir hipotez, yüksek prolaktin düzeylerinin duktal sekresyonun artmasına yol açabileceğini, bunun da duktal epitele zarar verebileceğini, sütlü sekresyonların bitişik interlobüler stromaya akmasını uyurarak granüloamatöz perilobüler inflamasyona neden olabileceğini ileri sürmektedir (Yin & ark., 2022; Alsaleh 2021).

Hamilelik, doğum ve emzirme: İGM'nin başlangıç yaşı genellikle 33-38'dir. Genellikle hamilelikten sonraki 5 yıl içinde ortaya çıkar ve emzirmeyle ilişkilidir (Yin & ark., 2022).

Oral kontraseptifler (OKS) ve sigara kullanımı: OCS'ler meme bezi salgısını artırma eğilimleriyle ilişkili potansiyel patojenik faktör olarak kabul edilir. Benzer şekilde, İGM hastalarının sigara içen oranı %20-50'lerde olduğu belirtilmiştir (Yin & ark., 2022).

BELİRTİ BULGULARI

30-45 yaş arası kadınlarda, sınırları belirsiz kitle şeklinde, çoğunlukla üst dış kadranda görülür. Kitle genellikle yumuşak dokuludur ve üstündeki deri eritemi, portakal kabuğu benzeri deri değişiklikleri ve hatta bazen inflamatuvar meme kanserinden ayırt edilmesi zor olan meme ucu içe dönmesi eşlik edebilir. Cilt değişikliklerinin esas olarak üst dış kadranda ve areolar alanda görülür. Koltuk altı lenf düğümlerinin büyümeye de bazı olgularda rastlanmaktadır (Yin & ark., 2022).

TANI YÖNTEMLERİ

İGM'nin meme kitlesi ve cilt değişiklikleri nedeniyle, mamografi, ultrason, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve diğer görüntüleme yöntemleri kullanılsa bile inflamatuvar meme kanseri ile ayırıcı tanı zor olabilir. İGM nadir görüldüğünden ve klinik bulguları spesifik olmadığından kesin tanı için görüntüleme ve histopatoloji gereklidir (Yin & ark., 2022).

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Geniş cerrahi rezeksiyon, hızlı meme rekonstrüksiyonu ile veya rekonstrüksiyonsuz mastektomi dahil olmak üzere cerrahi eksizyon, sık apse drenajı, antibiyotikler, topikal veya sistemik kortikosteroid tedavisi, immünosupresyon ile Metotreksat (MTX) ve yakın gözlem tedavi yöntemleri arasındadır (Sarmadial & ark., 2024; Teymur & Kul 2023). Bununla birlikte, GM'nin yönetimi konusunda birkaç yöntem vardır. Tedaviler belirtilerin doğasına, lezyonların kapsamına ve hastanın genel durumuna göre düzenlenebilir. Literatürde birçok tedavi algoritması vardır. Tedavileri, Tablo 1. 'de gösterilmiştir.

1. İlaç Tedavisi: İlaç tedavisi için Antibiyoterapi ve ağrı yönetimi için analjezikler kullanılır. Enfeksiyöz mastitisin çok daha yaygın görülme sıklığı ve Staphylococcus (metisiline dirençli varyantlar dahil) ve Streptococcus gibi yaygın patojenleri hedef alan ampirik antibiyotik tedavisi (kloksasilin , sefalekssin veya klindamisin kullanımı), özellikle kistik yapıdaki İGM varlığında (doksisisiklin , klaritromisin ve rifampisin) gibi lipofilik antibiyotikler kullanılır. Semptomatik ağrı kesici olarak, steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAID'ler), GM kitlelerine karşılık gelen

inflatuar ağrıya yardımcı olmak hekimler tarafından önerilen ilaçlardır. Steroidler: Oral steroidler yaygın olarak kullanılır. Kilo alımı, hiperglisemi , miyopati , oral kandidiyazis ve gastrit, kortikosteroid tedavisinin yan etkileridir. Topikal steroidler, daha az sistemik yan etkiye sahip olmaları nedeniyle oral steroidlere bir alternatif olarak kullanılabilir. Bağışıklık modulatorleri: Özellikle steroid dirençli GM vakalarında ve steroidle ilişkili komplikasyonlar geliştiren hastalarda İmmünsüpresif bir ajan olan MTX kullanılmaktadır. Yan etkiler, yükselmiş karaciğer enzimlerinden ve saç dökülmesinden mide bulantısı, iştahsızlık ve hafif baş ağrıları gibi daha hafif semptomlardır (Alsaleh 2021).

2. Cerrahi tedavi: Birinci basamak tedavi olarak cerrahi müdahalenin kullanımı azdır. Eksizyonel cerrahi, iyileşme süresi açısından en iyi sonuçları olan cerrahi yöntemidir. Apseler için aspirasyon gibi daha minimal invaziv cerrahi müdahaleye uygulanır. Cerrahi yöntemler geniş cerrahi eksizyondan ve mastektomiye kadar çeşitlilik göstermektedir.

Cerrahi tedavi, steroidlerle veya steroidsiz, nispeten düşük bir tekrarlama oranıyla yüksek bir remisyon oranına sahip olması ve hızlı remisyon gerektiren hastalar için uygun bir seçenektir. Geniş lokal eksizyon, pratik olmayabilecek 5 ila 10 mm arasında değişen serbest bir sınır gerektirir. Bu nedenle, ilaç tedavisinin başarısız olduğu memenin %50'sini kapsayan büyük inflamatuvar kitlelerde cerrahi en iyi seçenek olabilir (Alsaleh 2021). İGM için en etkili yaklaşımın cerrahi rezeksiyon olduğu düşünülmektedir. Ancak hedeflenen popülasyon, cerrahi yöntemler, adjuvan tedavi ve meme rekonstrüksiyonu konusunda hala tartışmalar devam etmektedir (Yin & ark., 2022). Ayrıca cerrahi tekrarlama oranının düşük olduğunu

ve yara izi veya gelecekte emzirme konusunda endişe duyan hastalara tıbbi tedavi önerildiğini bildirdiler (Fattahi & ark., 2023).

3. Hasta Takibi ve İzlemi:

GM'nin doğal seyrinin kendi kendini sınırlayan bir süreç olması nedeniyle, yakın gözetim bir tedavi seçeneği olarak önerilmiştir. Hastalar çeşitli semptomlar ve apse boyutlarıyla gelirler, ancak semptomlar hafif ila ağrısızsa ve küçük lezyonlar, hafif hassas elle tutulabilen kitle varsa, gözlem tercih edilen tedavi olmalıdır. Semptomatik hastalarda 5-24 ay sonra GM lezyonlarının kendiliğinden iyileştiği bildirilmiştir. Uygulanan tedaviden bağımsız olarak. Her 2-3 ayda bir yakın düzenli takip önerilir (Alsaleh 2021).

Uzun süreli ilaç kullanımının toksik yan etkileri, hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve ilaç kullanımına uyumsuzluğa neden olur, bu nedenle GM hastalarında iyi iyileşme oranları elde etmek için ilaç kullanımının ve memedeki değişikliklerin zamanında gözlemlenmesi esastır (Deng & ark. 2022).

Yapılan bir sistematik derleme sonuçlarına göre; Hastalar arasında genel tekrarlama oranı %17,18 olarak bulundu. Farklı tedavi seçenekleri arasında, sadece cerrahi tedavinin tekrarlama oranı %22,5, immünosüpresif tedavinin tekrarlama oranı %14,7, kombine tedavinin tekrarlama oranı %14,9, gözlemin tekrarlama oranı %9,4 ve sadece antibiyotik tedavisinin tekrarlama oranı %6,74 olarak bildirilmiştir (Fattahi & ark. 2023).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Bakım, hemşirelik mesleğinin temeli olarak kabul edilir ve hemşirelerin birincil sorumluluğudur. Bu nedenle, yüksek kaliteli bakım sağlamak için hemşirelerin gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları ve bakımın insani ve ahlaki yönlerine duyarlı olmaları gerekir (Erol & Türk 2019). Hastalığın neden olduğu meme görünümündeki değişiklikler, uzun bir hastalık seyri ile hastalar üzerinde ciddi fiziksel ve psikolojik etkilere neden olmaktadır (Wang et al. 2019). İGM, kronik, birçok faktörle ilişkili ve NSAID'ler, steroidler, cerrahi, antibiyotikler, immünosüpresanlar, prolaktin baskılayıcılar gibi ilaçlarla ile tedavi protokollerinin olduğu bir hastalık olması nedeniyle, cerrahi hastalıkları hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği alanlarını içeren bir bakım protokolünün planlanması gereklidir.

Literatürde İGM ve hemşirelik bakım kılavuzları ve bu alanda hasta deneyimleri, takiplerine ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (Souad & ark., 2020).

İGM tanılı cerrahi tedavi olan hastalara yönelik yapılan bir randomize kontrollü çalışmada hasta izlemi yapılmıştır. İGM Tedavisinin hastaneden toplum ortamına kadar takip etmesine ve yönetmesine olanak tanıyan hastaneden topluma vaka yönetimi modeli ile yapılan bu çalışmada, Vaka yönetiminin şu beş temel faaliyetini içermektedir: (1) değerlendirme, (2) planlama, (3) bağlantı kurma, (4) izleme ve (5) savunuculuk. Oluşturulan bu protokole göre; düşük ilaç uyumu olan hastalarda nüksetme oranının yüksek olduğu, cerrahi ve ilaç tedavisi ile birlikte olan hastaların daha düşük nüksetme oranının olduğu bulunmuştur. Öneri olarak

hemşirelerin hastaların ilaç uyumunu arttıracak uygulamaları bu hasta grubunda önemli olduğu vurgusu yapılmıştır (Deng & ark. 2022).

Özellikle steroid ve cerrahi içeren kombinasyon tedavileri daha yüksek remisyon oranları göstermiştir, ancak tekrarlamayı etkili bir şekilde yönetmek için uzun süreli takip bakımı esastır (Simon & ark. 2024).

GLM'nin etiyolojisi, alternatif tedavi seçenekleri ve süreçleri, önleyici bakımı ve öz bakım yönetimi önlemleri hakkındaki anlayışlarını geliştirmeli, bunu normalleştirmeli ve katılımcıların kabulünü teşvik etmeli, tıbbi personel ve hastalar arasındaki etkili iletişimi güçlendirmeli ve katılımcıların en olumlu sağlık kararlarını almalarına yardımcı olmak için değiştirilebilir faktörleri yönetmek için profesyonel stratejiler sağlamalıdır. Tıbbi hizmet karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Tıbbi personel çok boyutlu tıbbi hizmetler sunmak için öz yansıtma ve eleştirel düşünmeyi sürdürmelidir (Wang, Tang, Xı, Bian 2023).

Granülo-matoz mastit tanılı hastalarda yapılan kalitatif araştırma sonucuna göre hastalarda, beden imajında bozukluk ve yaşam döngülerindeki değişimin hastaları olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların tedavi sırasında yara izi oluşumu, meme bütünlüğünün kaybı, yaşam süreçlerindeki değişiklikler ile karşılaştıkları sonucuna ulaşmışlardır (Wang & ark. 2023). Bunun yanında, beden imajında bozulmanın katılımcıları etkileyen, bireyin görü-nümünü, fiziksel işlevini, evlilik süreçlerini ve benlik algısını etkileyen önemli bir sosyal psikolojik sorundur. Her hastanın meme onarımı derecesi için farklı beklentileri vardır.

Tedavi çeşitliliği hastanın klinik seyrine göre farklılaşması nedeniyle, İGM tanısı alan hastaların bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını sağlamamız gereklidir. İGM tanılı hastalara yönelik bireyselleştirilmiş bakımda; cerrahi tedaviyi seçen ve meme dokusunun kaybindan endişelenen hastalar için ameliyattan önce psikolojik destek danışmanlığı sağlanması, meme dokusunun kaybına yönelik rekonstrüktif yöntemler konusunda hasta bilgilendirilmesinin endişelerini azaltabileceği için yer verilmelidir (Wang & ark. 2023).

Kapsamlı değerlendirmenin, tedavi yanıtının izlenmesinin ve hastaların durum ve kortikosteroidler dahil olmak üzere yönetim seçenekleri hakkında eğitilmesinin önemi vurgulanmaktadır. benlhazi ve ark. 2024. Hemşireler bu duruma sahip hastalar için bir bakım planı geliştirirken bu tedavilerin değişen etkililiğini ve yan etkilerini göz önünde bulundurmalıdır (Aodyshov & ark., 2020).

Granülomatöz mastit için hemşirelik yönetimi, semptomların izlenmesi, etkilenmemiş memeden emzirmenin desteklenmesi, sistemik steroidlerin yan etkilerinin yönetilmesi ve etkilenen memeden yaklaşık iki hafta boyunca intralezyonel steroid enjeksiyonlarından vazgeçilmesi gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunulmasını içerir (Kornfeld & 2021).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki etkili iletişim, bireylerin tedavi planlarını anlamalarını, olası yan etkileri tanımlarını ve bakımlarına aktif olarak katılma konusunda kendilerini güçlü hissetmelerini sağlamak için çok önemlidir. Bu işbirlikçi yaklaşım yalnızca hasta uyumunu artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların endişelerini ve tercihlerini dile getirebilecekleri

destekleyici bir ortam yaratır ve sonuçta daha iyi sağlık sonuçlarına yol açar. Ek olarak, sağlık profesyonelleri için devam eden eğitim ve öğretim, onları en son araştırmalar ve tedavi yöntemleri hakkında güncel tutarak granüloamatöz mastit yönetimini daha da iyileştirebilir (Hannah &ark., 2021).

Sonuç olarak; Hemşirelik bakımı, granüloamatöz mastitin yönetiminde önemli bir rol oynar, çünkü hemşireler genellikle etkilenen hastalarla etkileşime giren ilk sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır. Granüloamatöz mastit, meme dokusunu etkileyen nadir ve karmaşık bir inflamatuvar durumdur olması nedeniyle hemşirelerin hastalığa özgü ve bireyselleştirilmiş bakım yönetimi gerekli olmakla birlikte hastalığın iyileşmesi ve nüksetmemesi için önemlidir.

Tablo 1. Granülomatoz Mastit Hastanın Yönetimi

TEDAVİ	ENDİKASYONLAR	AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
KLİNİK İZLEM	Küçük(1-2 cm) ve tek lezyon gibi hafif vakalar	1.Yan etki yok 2.Kolay uygulanabilir	1.Uzun bekleme periyodu gerekir (6-22 ay arası) 2.Nüksetme eğilimi
ANTİBİYOTİK	Apse, fistül veya sinüs oluşumuna karşı adjuvan tedavi	Enflamatuvar semptomların rahatlatılması	Etyolojik destek eksikliği
CERRAHİ	1.Şiddetli vakalarda, özellikle büyük lezyonlarda(>5 cm) 2.Steroid tedavi başarısızlığında çare tedavi 3.Steroid tedavisinden sonra kombinasyon tedavisi 4.Rekürren vakalar	1.En etkili önlemlerden biri 2.Semptomların hızlı rahatlaması	1.Yara yeri komplikasyonları 2.Estetik kaygılar 3.Nüksetmesi hala mümkün(%25'e kadar)
STEROİDLER	1.Çoğu vakada uygulanabilir 2.İlk tedavi seçeneği	1.En sık kullanılan tedavi 2.Efektif ve güvenilir 3.Esnek uygulama yolu 4.Diğer tedavi seçenekleri ile birlikte kullanılabilir	1.Osteoporoz, Cushing Sendromu gibi steroid ilişkili yan etkiler 2.Uzun süreli tedavi(3-6 ay) ve tedaviye iyi uyum gerekli
İMMUNSUPRESİF	1.Cerrahi ve steroid tedavisine refrakter vakalar 2.Steroidlerle birlikte kombine kullanım	1.Güçlü immünmodülatör etkiler 2.Steroid dozunu ve kullanım süresini azaltır 3.Steroid dozunun azaltılması veya kesilmesi sırasında nüksün önlenmesi	1.Göz ardı edilemez yan etkiler 2.Yeterli klinik destekleyici kanıtın olmaması

(Yin & ark., 2022 kaynağından alınmıştır.)

KAYNAKLAR

Abdelhamid, Benlghazi., Hamza, Messaoudi., Moad, Belouad., A., B., Rachid., Moulay, Mehdi, Elhassani., Jaouad, Kouach. (2024). Idiopathic granulomatous mastitis: A challenging case report and comprehensive review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, doi: 10.1016/j.ijscr.2024.109555

Abm Moniruddin, Md Masudar Rahman, Morsalin Rahaman, Tanvirul Hasan, Mst Nazmun Nahar, Salma Chowdhury, Baikaly Ferdous, Md Rashed Khan, & Ma Rouf. (2023). Idiopathic Granulomatous Mastitis: A Management Dilemma. *Khwaja Yunus Ali Medical College Journal Journal*, 13(4), 250-256. <https://doi.org/10.3329/kyamcj.v13i4.65035>

Al Manasra AR, Al-Hurani MF (2016). Granulomatous mastitis: a rare cause of male breast lump. *Case Rep Oncol.*;9(2):516–9. <https://doi.org/10.1159/000448990>.

Alsaleh, N. (2021). Assertive clinical practice in managing patients with idiopathic granulomatous mastitis: Review of literature. *Annals of Medicine and Surgery*, 70, 102792. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102792>

Altıntoprak F, Kılıncım T, Özkan OV. İdiyopatik granülomatöz mastitin etiyojisi. *Dünya J Kliniği Vakaları*. 2014;2(12):852. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i12.852> .

Aodyshow, S. K., Saeed, M. F., & Hasan, A. M. (2020). Management of granulomatous mastitis. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. <https://doi.org/10.36295/ASRO.2020.232446>

Deng, Y., Xiong, Y., Ning, P., Wang, X., Han, X.-R., Tu, G.-F., & He, P.-Y. (2022). A case management model for patients with granulomatous mastitis: A prospective study. *BMC Women's Health*, 22(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01726-w>

Dilaveri, C., Degnim, A., Lee, C., DeSimone, D., Moldoveanu, D., & Ghosh, K. (2024). Idiopathic Granulomatous Mastitis. *The Breast Journal*, 2024, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2024/6693720>

Erol, F., Türk, G. (2019). Assessing the caring behavior and occupational professional attitude of nurses in Turkey. *J Pak Med Assoc.* 69(6), 783-787.

Fattahi, A. S., Amini, G., Sajedi, F., & Mehrad-Majd, H. (2023). Factors Affecting Recurrence of Idiopathic Granulomatous Mastitis: A Systematic Review. *The Breast Journal*, 2023, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2023/9947797>

Hannah, W., Kornfeld., Katrina, B., Mitchell. (2021). Management of idiopathic granulomatous mastitis in lactation: case report and review of the literature.. *International Breastfeeding Journal*, 16(1):1-6. doi: 10.1186/S13006-021-00370-8

Kawashima, K., Yamamoto, S., Narui, K., Fujiwara, Y., Adachi, S., Sasamoto, M., Oshi, M., Yamada, A., Kumagai, E., Otani, M., & Endo, I. (2023). Granulomatous mastitis in a male breast: A case report and review of literature. *Clinical Case Reports*, 11(3), e7048. <https://doi.org/10.1002/ccr3.7048>

Kessler E, Wolloch Y. (1972). Granulomatöz mastit: karsinomu klinik olarak taklit eden bir lezyon. *Am J Clin Pathol.*1972;58:642–6. <https://doi.org/10.1093/ajcp/58.6.642>

Kornfeld, H. W., & Mitchell, K. B. (2021). Management of idiopathic granulomatous mastitis in lactation: Case report and review of the literature. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00370-8>

Martinez-Ramos, D., Simon-Monterde, L., Suelves-Piqueres, C., Queralt-Martin, R., Granel-Villach, L., Laguna-Sastre, J. M., Nicolau, M. J., & Escrig-Sos, J. (2019). Idiopathic granulomatous mastitis: A systematic review of 3060 patients. *The Breast Journal*, 25(6), 1245-1250. <https://doi.org/10.1111/tbj.13446>

Nguyen, M. H., Molland, J. G., Kennedy, S., Gray, T. J., & Limaye, S. (2021). Idiopathic granulomatous mastitis: Case series and clinical review. *Internal Medicine Journal*, 51(11), 1791-1797. <https://doi.org/10.1111/imj.15112>

Sarmadian, R., Safi, F., Sarmadian, H., Shokrpour, M., & Almasi-Hashiani, A. (2024). Treatment modalities for granulomatous mastitis, seeking the most appropriate treatment with the least recurrence rate: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*, 29(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01761-3>

Simon, Yew, Kuang, Ong., Peh, Joo, Ho., Jonathan, Jun, Kit, Liow., Qing, Tan., Serene, Si, Ning, Goh., Jingmei, Li., Mikael, Hartman. (2024). A meta-analysis of idiopathic granulomatous mastitis treatments for remission and recurrence prevention. *Frontiers in Medicine*, 11 doi: 10.3389/fmed.2024.1346790

Souad, Khoshaba, Aodyshow., Mohammed, Fateh, Saeed., Ali, Mohsin, Hasan. (2020). Management of granulomatous mastitis.

Annals of Tropical Medicine and Public Health, 23(24):232-446.
doi: 10.36295/ASRO.2020.232446

Teymur, A., & Kul, S. (2023). Diagnostic Approach to Mastitis, how Should the Algorithm be? Türk Radyoloji Seminerleri, 11(3), 252-257. <https://doi.org/10.4274/trs.2023.2325131>

Velidedeoglu, M., Umman, V., Kilic, F., Celik, V., Gazioglu, E., Hatipoglu, E., Ozturk, T., & Mete, B. (2022). Idiopathic granulomatous mastitis: Introducing a diagnostic algorithm based on 5 years of follow-up of 152 cases from Turkey and a review of the literature. Surgery Today, 52(4), 668-680. <https://doi.org/10.1007/s00595-021-02367-6>

Wang, Y. T., Tang, Y. Q., Xu, J. Y., & Bian, X. M. (2023). The Disease Experience of Women with Granulomatous Lobular Mastitis. A Qualitative Interview Study. Journal of Inflammation Research, Volume 16, 4347-4361. <https://doi.org/10.2147/JIR.S419347>

Xu, G., & Limaye, S. (2023). Idiopathic granulomatous mastitis. Annals of Breast Surgery, 7, 31-31. <https://doi.org/10.21037/abs-22-57>

Yin, Y., Liu, X., Meng, Q., Han, X., Zhang, H., & Lv, Y. (2021). Idiopathic Granulomatous Mastitis: Etiology, Clinical Manifestation, Diagnosis and Treatment. Journal of Investigative Surgery, 35(3), 709–720. <https://doi.org/10.1080/08941939.2021.1894516>

BÖLÜM IX

Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışları ve Hemşirenin Rolü

Mehmet AĞASLAN¹

GİRİŞ

Kalbin istirahat halinde dokuların ihtiyaç duyduğu kanı pompalayamaması durumu ile karakterize sendrom, Kalp Yetersizliği (KY) olarak tanımlanmaktadır (Kasapoğlu ve Enç, 2017). Kronik bir hastalık olan KY; tam anlamıyla tedavisinin olmaması, genellikle semptomları iyileştirmeye yönelik tedavilerin düzenlenmesi, sürecin ömür boyu devamlılık gerektirmesi ve her açıdan kompleks bir yapıya sahip olması ile hastalar açısından yönetimi zor bir hastalık olarak öne çıkmaktadır (James ve ark., 2017).

Özellikle yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı da artan KY'nin semptom ve tedavi yönetiminde bireylerin yaşam tarzını yeniden düzenlemek zorunda olduğu ve KY hastalığına yönelik davranışları

¹ Arş. Gör., Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin/Türkiye, Orcid: 0009-0009-2462-0232, mehmetagaslan@tarsus.edu.tr

sergilemesi gerektiği belirtilmektedir (Türen, 2018). Hastaların semptom yönetiminde ve tedavi sürecinde KY'ye uygun davranışlar sergilememesine bağlı olarak morbidite ve mortalitede artış görülmesine, hastaneye yatış sayısının artmasına, yaşam kalitesinin ciddi düzeyde düşmesine ve bunlara bağlı olarak sağlık bakım hizmetlerinde maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır. Gerçekleştirilen birçok çalışmada hastaların önerilen diyet ile ilaç tedavisine uyum sağlama oranlarının artmasıyla hastaneye yatış sayısının da azaldığı bildirilmektedir (Kökçü ve Tiryaki, 2020).

Kalp Yetersizliği'nde hastaların özbakım davranışlarının tedavi sürecinde çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Hastaların ilaçlarını düzenli olarak kullanması, önerilen diyetle uyması, düzenli olarak hekim kontrolüne gitmesi, ihtiyaç duyduğu özbakım davranışlarını gerçekleştirebilmesi, kendi sağlığına ilişkin sorumlulukları alabilmesi, semptomları izleyip başarılı bir şekilde yönetebilmesi ve başkalarına bağımlı olmadan süreci sürdürebilmesi beklenmektedir (Oksel, Akbıyık ve Koçak, 2016). Fakat yaşın ilerlemesi, eğitim düzeyinin düşük olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, tedavi ve bakım sürecinin uzun olması, hastalığın kabullenilmemesi, düzenli olarak ilaç kullanımı ve hekim kontrolünün gerçekleştirilmemesi gibi birçok faktör özbakım davranışlarını azaltarak hastaların başkalarına bağımlı olması riskini artırmaktadır (Pour ve ark., 2016; Kökçü ve Tiryaki, 2020).

Kalp Yetersizliği hastalarının özbakım davranışlarının değerlendirilmesi ve bakım ihtiyaçlarının tespit edilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Modern hemşirelik rolleri arasında bulunan bakım verici rolü ile hastaya özgü hemşirelik bakımı planlamaları ve uygulamaları gerçekleştirilerek hastaların detaylı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Kökçü ve Tiryaki, 2020).

1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği tablosu, kalbin yapısal ve işlevsel özelliklerinde gelişen bozukluklara bağlı olarak dokulara gerekli kanı yeterli düzeyde pompalayamaması olarak tanımlanmaktadır (Xia ve ark., 2024). KY, fiziksel aktivite esnasında ya da istirahat halinde kalp debisinde ve kalbin içindeki basıncın artış yaşanmasıyla birlikte ortaya çıkan dispne, yorgunluk, halsizlik, ortopne ve ödem gibi klinik semptomlarla kendini göstermektedir. Bunlarla birlikte akciğer ödemi, juguler venlerde dolgunluk ve periferik ödem gibi belirti ve bulgular da kalbin fonksiyonel veya yapısal bozulmalarıyla birlikte hastalarda görülebilmektedir (McDonagh ve ark., 2021).

2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliği küresela anlamda önemli bir morbidite ve mortalite kaynağıdır. Özellikle yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı da artan KY, tanı konulduktan sonraki ilk 5 yılda hastaların yarısından fazlasının yaşamını kaybetmesine sebep olduğu belirtilmektedir (Savarese ve ark., 2023). KY hastalarının hastaneye tekrarlı yatış sıklığı fazladır. Yapılan bir klinik çalışmada hastaneye yatmayan hastaların, yatanlara göre üç kat daha az mortaliteye sahip olduğu bildirilmiştir (Greene ve ark., 2021). Dünya çapında KY prevelansının yetişkin nüfus içerisinde %1-3 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (Savarese ve ark., 2023). Ülkemizde gerçekleştirilen bir prevelans çalışmasında ise KY prevelansının %6,9 oranında olduğu bildirilmiştir (Değertekin ve ark., 2012). KY hastalığının dünya genelinde prevelans ve insidansına ilişkin bilgiler tablo 1’de veirilmiştir.

Tablo 1. Kalp Yetersizliğinin Küresel Yüğü (Savarese ve ark., 2023).

Kalp Yetersizliğinin Küresel Yüğü		
Prevelans	İnsidans	Mortalite
Genel yetişkin popülasyonda prevalans %1-3	1.000 kişi-yılı başına veya 1.000 nüfusta 1-20 vaka	Ölüm oranı yüksek
Genel prevalans: ↑	Genel insidans: Dengeli	30 günlük mortalite: ~%2-3 1 yıllık mortalite: ~%15-30 3 yıllık mortalite: ~%30-50 5 yıllık mortalite: ~%50-75

3. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Kalp Yetersizliği'nin genellikle spesifik bir belirtisi bulunmamaktadır. Buna bağlı olarak hastalığın erken tanınması da zorlaşmaktadır. Hastalarda ileri yaş, obezite, kronik hastalıkların görülmesiyle KY semptomlarının ayırt edilmesi de zorlaşmaktadır. KY hastalarında görülen belirti ve bulgular tipik ve tipik olmayan şeklinde sınıflandırılabilir (Jurgens ve ark., 2009). Hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve genellikle hastaneye başvurmalarına sebep olan belirtiler dispne ve yorgunluktur. Bunun yanında KY'nin en tipik belirtileri, yaygın ödem, karında şişlik, öksürük, nokturi, bilişsel ve fonksiyonel kapasitede bozulmalar ve serebrovasküler semptomlar olarak sıralanabilmektedir (Akdemir, 2023). KY hastalığına ilişkin belirti ve bulgular tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Kalp Yetersizliğinde Belirti ve Bulgular (Akdemir, 2023).

Tipik Belirtiler	Spesifik Bulgular
• Dispne • Yorgunluk • Aktivite İntoleransı • Ortopne • Ayak Bileklerinde Ödem • Paroksizmal Noktural Dispne • Fiziksel Aktivite Ardından Geç Toparlanma	• Juguler venlerde dolgunluk • Hepatojuguler reflü • Gallop ritmi (S3 kalp sesi) • Üfürüm duyulması • Kalp tepe vuruş noktasının sola doğru kayması
Daha Az Tipik Belirtiler	Daha Az Spesifik Bulgular
• Gece Ortaya Çıkan Öksürük • Hışıltılı Solunum (Wheezing) • İştahsızlık, Kilo Kaybı veya Kilo Artışı • Karında Şişlik • Baş Dönmesi, Senkop • Depresyon, Çarpıntı	• Aritmi, Taşipne, taşikardi • Cheyne Stokes Solunum • Plevral Efüzyon • Asit birikimi • Hepatomegali • Ekstremitelerde soğukluk

4. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kalp yetersizliği'nin gelişmesinde en sık rol oynayan etken akut ya da kronik miyokardiyal iskeminin sebep olduğu bozulmuş miyokardiyal perfüzyona bağlı ortaya çıkan iskemik kalp hastalığıdır (Tanai ve Frantz, 2015). Bunun yanında Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), Miyokard İnfarktüsü (MI), sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, obezite, aile öyküsünde KY varlığı, enfeksiyonlar, KOAH gibi akciğer hastalıkları, kardiyomiyopatiler, aritmiler ya da kalp kapak hastalıkları da KY gelişmesine zemin hazırlayan hastalıklardır (Karadakovan ve Aslan, 2017). Tablo 3'te KY oluşumuna sebep olan temel etkenler verilmiştir.

Tablo 3. Kalp Yetersizliği'ne sebep olan etkenler (Karadakovan ve Aslan, 2017).

1. Koroner Arter Hastalığı	2. Diyabetes Mellitüs
3. Hipertansiyon	4. Aile Öyküsü
5. Sigara kullanımı	6. Miyokard İnfarktüsü
7. Kolesterol	8. Sedanter Yaşam
9. Obezite	10. Aşırı alkol tüketimi
11. Kardiyomiyopatiler	12. Kalp Kapak Hastalıkları
13. Enfeksiyonlar	14. Aritmiler
15. Obstrüktif Uyku Apnesi	16. Konjenital Kalp Defektleri

4. Özbakım Davranışları

Özbakım kavramı, hastalıkların semptomları ortaya çıktığı zaman hastanın bu durumda ne yapacağına karar verebilmesi, bağımsız bir şekilde kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Her birey kendi özbakımında sorumludur. Fakat KY gibi kronik hastalıklara sahip bireylerde özbakım ihtiyacı özellikle yaşın da ilerlemesiyle daha fazla belirgin hale gelmektedir. Bilişsel bozulmalar, söylenenleri yanlış anlama veya kavrayamama ya da bilgi eksikliği gibi durumlar da özbakım davranışlarının yetersizliğine katkıda bulunur. Bu sebeple hastaların eğitimi hayati önem taşımaktadır (Riegel ve ark., 2019).

Özbakım, özbakımın sürdürülmesi, özbakımın izlenmesi ve özbakım yönetimi olmak üzere üç temel kavramdan oluşan kapsayıcı bir terimdir. KY hastaları için hastalığın seyri sırasında, semptom alevlenmelerinde, ek hastalıklar geliştiğinde ya da hasta da ileri boyutta tedavilere ihtiyaç duyduğunda özbakım davranışlarını düzenlemek ve mevcut duruma göre uyarlamak gerekebilmektedir. Kılavuzların birçoğu kronik hastalıklarla mücadelede özbakım

davranışlarıyla ilgili genel tavsiyelerde bulunmaktadır. Bunun sebebinin ise spesifik özbakım davranış tavsiyelerine ilişkin yeterli düzeyde kanıt bulunamamasıdır. Aşağıda özbakımın sürdürülmesi, özbakım izlemi ve özbakım yönetimine ilişkin yapılması gereken genel davranışlar sıralanmıştır.

Özbakımın sürdürülmesi: Kronik hastalığı olan kişilerin fiziksel ve duygusal istikrarı sağlamak için kullandıkları davranışlar;

- Gerektiğinde sodyum alımı kısıtlanmalıdır.
- Gerektiğinde sıvı alımı kısıtlanmalıdır.
- Sigara ve alkolden uzak durulması gerekmektedir.
- Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmelidir.
- İnfluenza aşısı olunmalıdır.
- Fiziksel aktiviteler gerçekleştirilmelidir.
- İlaçları belirtilen doz ve zamanda kullanılmalıdır.
- Depresyon, stres veya anksiyete gibi ruhsal bozukluklar takip edilmelidir.
- Uyku düzenine önem gösterilmelidir.
- Uyuşturucu veya madde alımı gibi vücuda zarar verecek etkenlerden uzak durulmalıdır.
- Seyahat ve boş zaman aktiviteleri hastalığa göre planlanmalıdır.

Özbakım İzlemi: Belirti ve bulguları gözlemeleme süreci;

- Dispne,
- Ödem,
- Göğüs ağrısı,
- İştahsızlık / bulantı,
- Yorgunluk, halsizlik,
- Öksürük, hırıltılı solunum,
- Çarpıntı,
- Baş dönmesi,

- Aktivite düzeyi,
- Kilo,
- Nabız, kan basıncı,
- Ateş, konstipasyon, diyare, kusma,
- Depresyon ve stres gibi belirti ve bulguların gözlemlenmesi gerekmektedir.

Özbakım Yönetimi: Belirti ve bulgular ortaya çıktığında gerçekleştirilmesi gereken davranışlar;

- Diüretik ilaç tedavisi gerektiğinde düzenlenir.
- İlaçların semptomlara göre kullanılması gerekir.
- Aktivite düzeyinin kişiye göre belirlenmesi gerekir.
- Diyete yönelik düzenlemeler yapılır.
- Semptomlarla başa çıkılamadığında destek istenmelidir.
- Bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

5. Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışları

Kalp Yetersizliği'nde özbakım davranışlarının sürdürülmesi tedavinin başarılı olmasında önemli rol oynamaktadır. Hastaların özbakım davranışlarını etkin bir şekilde sürdürememelerine bağlı olarak semptom alevlenmeleri yaşamakta, yaşam kaliteleri düşmekte ve hastaneye başvuru sayıları da artış göstermektedir (Jaarsma ve ark., 2021).

Kalp Yetersizliği hastalığına sahip bireylerde özbakım davranışlarının daha düşük düzeylerde olan hastalarda yaşam kalitesinin de düştüğü, hastaneye yatış oranının arttığı ve hastaneye yatış sıklığının arttığı bildirilmektedir (Lee ve ark., 2019).

Kalp Yetersizliği hastalarında özbakım davranışlarının iyileştirilmesinde hemşirelerin önemli rolü bulunurken, multidisipliner bir yaklaşım sergilemenin özbakım davranışlarını geliştirme noktasında ciddi bir etkisi bulunmaktadır (Jaarsma ve

ark., 2021). KY hastalarına yönelik gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında 5624 KY hastasının dahil edildiği toplam 20 çalışmanın analizleri sonucunda multidisipliner yönetim programlarıyla gerçekleştirilen özbakım müdahalelerinin KY ile ilişkili hastaneye yatış oranlarını azalttığı, mortalite süresini uzattığı ve yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (McAlister ve ark., 2004).

Aghajanloo ve ark. tarafından KY hastalarının özbakım davranışlarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında 39 çalışma analiz edilmiş ve sonuç olarak KY hastalarının özbakım davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmiştir (Aghajanloo ve ark., 2021).

Ülkemizde gerçekleştirilen ve KY hastalarını özbakım davranışlarını inceleyen iki çalışmada ise hastaların özbakım davranışlarının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Kökçü ve Tiryaki, 2020; Bayrak ve ark., 2019).

Brezilyada 116 ayaktan tedavi alan KY hastasının katıldığı çalışmada ise hastaların özbakım davranışlarının düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Da Conceição ve ark., 2015).

Kalp yetersizliğine ilişkin özbakım davranışlarının düzenlenmesinde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda listelenmiştir (Jaarsma ve ark., 2021).

5.1. Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakımın Sürdürülmesi

5.1.1. Beslenme

- ✓ Beden Kitle İndeksi $>35 \text{ kg/m}^2$ ise fonksiyonel kapasiteyi ve yaşam kalitesini iyileştirebileceği için kilo verilmesi gerekmektedir. Mümkünse bir diyetisyene danışılmalıdır.

- ✓ Hayvansal bazlı, işlenmiş gıdalar ve şeker tüketmek yerine, bitkisel bazlı gıdalar (meyve, sebze, tohum, fındık, baklagiller, tam tahıllı gevrekler) tercih edilmelidir.
- ✓ Hayvansal gıdalardan balık ve fermente süt ürünleri tercih edilmeli, kırmızı et alımı en aza indirilmelidir.
- ✓ İstenmeyen kilo kayıpları KY'nin kötüleştiğinin habercisi olabilir bu sebeple kilo takibi yapılmalı ve anormal kayıplar hekime bildirilmelidir.
- ✓ Aşırı tuz alımından kaçınılmalı, günde 5 gramdan az alınmalıdır.
- ✓ Fazla miktarda sıvı alımından kaçınılmalıdır. Kılavuzlar genel olarak 1.5-2 lt. ile sınırlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır.
- ✓ Alkol alımı sınırlanmalı, alkole bağlı KY geliştirse alkol hiç tüketilmemelidir.
- ✓ Potasyum düzeyi yüksek ise potasyumdan kısıtlı diyet uygulanmalıdır.

5.1.2. Egzersiz

- ✓ Günlük ve düzenli olarak egzersiz yapmak, yürüyüş, bisiklete binme, yüzme veya hafif ağırlık egzersizleri yaparak fiziksel olarak aktif olmak gerekir.
- ✓ Egzersiz programları kişiye özgü olarak düzenlenmelidir ve hekim tavsiyesine göre gerçekleştirilmelidir.
- ✓ Fiziksel aktiviteler, semptomlara ve bireye uygun olarak ayarlanmalıdır.
- ✓ Mümkünse ciddi düzeyde nefes darlığına sebep olmayacak şekilde düzenli egzersizler gerçekleştirilmelidir.

5.1.3. Cinsel Aktivite

- ✓ Kalp Yetersizliği kontrol altında ise aşırı düzeyde semptomlara sebep olmayacak şekilde cinsel aktiviteler gerçekleştirilebilir.

5.1.4. İlaç Kullanımı

- ✓ İlaçların yönetiminde aktif rol alınmalıdır.

- ✓ Tıbbi tedavinin nedenleri, fayda veya potansiyel zararları bilinmelidir.
- ✓ Gerekirse ilaçlar hakkında aile üyelerinden yardım alınabilir.
- ✓ İlaçların alınmasına engel olacak her konunun hekime bildirilmesi gerekmektedir.
- ✓ İlaçları alınmasını hatırlatmaya yardımcı olacak dozaj kutusu, hatırlatıcılar, alarm kurma vb. araçlar kullanılabilir.
- ✓ Kalp yetersizliği tedavisinde ilaç kullanımına başlarken geçici yorgunluk veya halsizlik hissedilebilir.
- ✓ Birçok KY ilacı baş dönmesine neden olabileceğinden, ilaçları gün içinde farklı zamanlara yaymak gerekebilir.
- ✓ Diüretiklerin neden olduğu günlük yaşamdaki sorunları azaltmak için sabahları veya öğle yemeğine kadar alınması yararlı olabilir.
- ✓ Herhangi bir yan etki geliştiğinde hekime bildirilmesi gerekir.

5.1.4. Manevi Durum

- ✓ Anksiyete ve endişelerin fark edilmesi ve bunlarla başa çıkılamadığı durumlarda yardım istenmesi gerekir.
- ✓ Hastaların görüş ve fikir alışverişinde bulunabileceği destek gruplarına katılım sağlanabilir.
- ✓ Kişi endişeleri hakkında ailesiyle, arkadaşlarıyla, veya bir sağlık hizmetine giderek yardım alabilir.
- ✓ Ruhsal sorunlar yaşandığında bile fiziksel aktivitelere devam etmek gerekmektedir.

5.1.5. Uykunun Düzenlenmesi

- ✓ Uyku düzeninin sağlık açısından çok önemli bir rolü olduğu bilinmelidir.
- ✓ Uykusuzluk KY hastalarında çok sık görülür. Bu sebeple uykusuzluk ortaya çıktığı durumlarda günün geç saatlerinde kafein alımından kaçınmak ve “uyku hijyeni” faaliyetlerini uygulamak yararlı olabilir.

- ✓ Uykudan önce rahatlatıcı aktiviteler planlanabilir. Akşamları yoga ve farkındalık, dışarıda kısa bir yürüyüş vb uykuyu iyileştirebilir. Uykudan önceki son saatte TV, cep telefonu veya bilgisayar kullanımından kaçınılması gerekmektedir.
- ✓ Ortopne nedeniyle geceleri daha fazla yastık kullanmak gerekiyorsa, gece boyunca çok sık uykudan uyanılıyorsa (paroksizmal nokturnal dispne) veya uyku apnesi yaşıyorsa hekime danışmak gerekmektedir.

5.1.6. Seyahat ve Eğlence Aktiviteleri

- ✓ Seyahat ve boş zaman aktiviteleri semptom yüküne ve fiziksel kapasiteye göre planlanmalıdır.
- ✓ Seyahatin uzunluğuna bağlı olarak mümkünse hava yolculuğu yerine kara yolculuğu tercih edilmelidir.
- ✓ Hareket kısıtlandığında seyahat sırasında varis çorabı giyilmelidir.
- ✓ Seyahat planları düzenlenirken hekim tavsiyesine göre hareket edilmelidir.
- ✓ Hastaların ilaçlarını seyahat boyunca yanında taşınması gerekmektedir.
- ✓ Semptomların gözlemlenmesi, sıvı alımı ve diüretik tedavisinin ortam ısısına ve diyetteki tuz alımına göre alınması gerekmektedir.
- ✓ İlaçların uygun saklama koşullarında muhafaza edilmesine dikkat edilmesi gerekir.

5.1.7. Aşı ve Enfeksiyonlardan Korunma

- ✓ Kalp Yetersizliği hastalarının düzenli olarak influenza ve pnömokok aşılarını yaptırmaları gerekir.

5.1.8. Sigara Kullanımı

- ✓ Sigara kullanımının bırakılması gerekmektedir.

5.2. Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışlarının İzlenmesi

- ✓ Kalp Yetersizliği belirti ve bulgularının (Dispne, yorgunluk, halsizlik, ödem, göğüs ağrısı, öksürük, hırıltılı solunum, çarpıntı, baş dönmesi vs.) takip edilmesi gerekmektedir.
- ✓ Ek hastalıkların oluşumu ve sıvı alımının takip edilmesi gerekmektedir.
- ✓ Olası komplikasyonlar (hipertansiyon, ortostatik hipertansiyon, aritmiler, taşikardi, hipovolemi vs.) gözlemlenmelidir.

6. Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışlarını Değerlendiren Ölçekler

Kalp Yetersizliği hastalarında özbakım davranışlarının dünya çapında belirli standartlara ulaşmış ölçeklerle değerlendirilmesi, hasta yönetiminin, tedavinin ve bakım sürecinin daha başarılı ilerlemesine katkı sağlar. Aşağıda dünyada ve ülkemizde çok sık tercih edilen bazı ölçeklere ilişkin bilgiler verilmiştir.

6.1. Avrupa Kalp Yetersizliği Özbakım Davranışı Ölçeği

Avrupa Kalp Yetersizliği Özbakım Davranışı Ölçeği Jaarsma ve ark. tarafından KY hastalarının özbakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Jaarsma ve ark., 2003). Ölçekte kalp yetersizliği ile ilişkili dispne, yorgunluk, halsizlik, ödem gibi semptomları tanılamak, bu semptomlara yönelik olarak düzenli ilaç kullanımı, sıvı alımının ve tuz tüketiminin kısıtlanması, diyetin düzenlenmesi, egzersiz ve sağlık personeliyle (hekim, hemşire) iletişime geçme gibi özbakım davranışlarının değerlendirildiği toplam 12 soru bulunmaktadır. Ölçek 5'li likert tipte (kesinlikle katılıyorum 1, katılıyorum 2, kararsızım 3, katılmıyorum 4, kesinlikle katılmıyorum 5) oluşturulmuştur. Ölçekten en düşük, 12 en yüksek 60 puan alınabilmektedir. Ölçekten

alınan puan yükseldikçe özbakım davranışları düzeyi de düşmektedir. Ölçekten alınan puan 12-36 arasında olursa özbakım davranışları yeterli, 37-60 arasında olursa özbakım davranışları yetersiz olarak nitelendirilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Baydemir ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.

6.2. Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi

Ölçek, 2000 yılında “Kalp Yetersizliği Özbakım Yönetim Ölçeği” olarak geliştirilmiş, 2004 yılında “Kalp Yetersizliği Özbakım İndeksi” ne dönüştürülmüştür. Ölçek 2009 yılında Riegel ve ark. tarafından tekrar revize edilmiş ve ülkemizde ise revize edilmiş halinin 2013 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (Mert, Demir Barutçu ve Sezgin, 2013). Ölçek toplam 3 alt boyuttan oluşmaktadır ve toplam puan bulunmamaktadır. Altboyutlar sırasıyla; özbakımı sürdürme, özbakım yönetimi ve kendine güven başlıklarından oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça özbakım davranışlarının da arttığı belirtilmektedir.

6.3. Hollanda Kalp Yetersizliği Bilgi Ölçeği

Ölçek 2005 yılında Van der Wal ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup her doğru cevap 1, her yanlış cevap 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçek hastanın KY bilgisini gösteren tek bir altboyut ile değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı belirtilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 2020 yılında Çıtılık Sarıtış ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.

7. Kalp Yetersizliği Hastalarında Özbakım Davranışlarında Hemşirenin Rolü

Avrupa Kalp Topluluğu (European Society of Cardiology-ESC) kılavuzlarında; KY’de özbakım davranışlarının tedavinin önemli bir parçası olduğu ve, semptomlarda, fiziksel kapasitede, genel sağlık durumunda, morbidite ve mortalite oranlarında, yaşam kalitesinde ve hastalığın prognozunda anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmektedir (McDonagh ve ark., 2023).

Kronik bir hastalık olan KY’nin tedavisinin yaşam boyu süreklilik gerektirdiği için hastaların tedaviye uygun diyeti yönetme, tuzdan kısıtlı beslenme, sıvı alımını belirlenen aralıklarda tutma, dispne ve yorgunluk gibi semptomları gözlemleyebilme ve gerekli müdahaleleri gerçekleştirme gibi özbakım davranışlarını yerine getirmesi gerekmektedir (Riegel ve ark., 2022).

Kalp yetersizliği tedavi ve bakım sürecinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire; fiziksel kapasiteyi koruma, KY tablosunu ağırlaştıracak eylemlerden kaçınma, semptom alevlenmelerini erken tespit etme gibi hedefler doğrultusunda kapsamlı bir şekilde hasta ve yakınlarına eğitimler düzenleyerek özbakım davranışlarının geliştirilmesine ve değerlendirilmesine katkı sağlamalıdır (Özer ve Sezgin, 2015).

Kalp yetersizliği hastalarında özbakım davranışlarıyla ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda hemşire öncülüğünde yürütölen bakım ve izlem programlarının KY hastalarının hastalıklarını yönetme sürecinde olumlu sonuçlar alınmasını sağladığı, özbakım davranışlarını iyileştirdiği, yaşam kalitesi düzeyini yükselttiği ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı bildirilmektedir (Rouppar ve ark., 2021; Russia ve ark., 2023; Son, Choi ve Lee, 2020).

Kalp yetersizliği hastalar benzer özellikler göstermeyebilir. Bu sebeple hastalara kişiye özđü tedavi ve bakım planlamaları yapılması gerekebilmektedir. Etiyoloji, sistolik ve diyastolik fonksiyon, fonksiyonel kapasite, mental, sosyal, kognitif ve bilişsel özellikler birbirine benzerlik göstermemektedir. Bu özelliklerin tamamı hastaların özbakım davranışlarının geliştirilmesinde büyük öneme sahiptir (Özer ve Sezgin, 2015).

Hemşirelerin hastaları özbakım davranışlarına etki edecek konularda farkındalık düzeyi yüksek olmalıdır. Ek hastalıkların varlığı, bilişsel ve kognitif yetersizlik, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal problemler, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, asosyal bir yapıya sahip olma ve uyku problemlerinin özbakım davranışlarını olumsuz etki ettiği bilinmektedir. Özellikle geriatrik hastalar ayırt edilmesi zor semptomları başka sebeplere bağlayabilmektedir. Hemşirelerin bu durumların varlığını her zaman göz önünde bulundurması gerekmektedir. KY hastalarının değerlendirilmesinde geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış (Avrupa Kalp Yetersizliği Özbakım Davranışları Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Özbakım İndeksi gibi) ölçekler kullanarak hastaların özbakım davranışlarını değerlendirmesi gerekmektedir (Özer ve Sezgin, 2015).

8. Sonuç

Kalp Yetersizliği, yaşam boyu tedavi ve bakım gerektiren kronik bir hastalıktır. Bu özelliklere sahip olması hastaların özbakım davranışlarının önemini ciddi düzeyde arttırmaktadır. Hastaların özbakım davranış düzeyleri arttıkça KY yönetiminde daha başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Bu sebeple hastaların özbakım davranışlarında dikkat etmesi gereken hususları bilmesi ve hastalığına uygun bir şekilde davranması gerekmektedir. Hemşirelerin de hastalarda özbakım davranışlarını değerlendirerek,

özbakım davranışlarını geliştirme noktasında hasta ve yakınlarına eğitimler düzenleyerek katkı sağlaması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Aghajanloo A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani SS. (2021). Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. Sep;8(5):2235-2248. doi: 10.1002/nop2.805.

Akdemir, N. (Ed.). (2023).İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (8. Baskı). Yenişehir, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Baydemir, C., Özdamar, K., & Ünalır, A. (2013). Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(6), 573-579.

Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., & Enez, Ö. F. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*.

Da Conceição AP, dos Santos MA, dos Santos B, da Cruz Dde A. Self-care in heart failure patients. (2015). *Rev Lat Am Enfermagem*. doi: 10.1590/0104-1169.0288.2591. PMID: 26444158; PMCID: PMC4623719.

Degertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., ... & Kozan, Ö. (2012). Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40(4), 298-308.

Gianluigi Savarese, Peter Moritz Becher, Lars H Lund, Petar Seferovic, Giuseppe M C Rosano, Andrew J S Coats. (2022). Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of

epidemiology, Cardiovascular Research, Volume 118, Issue 17; Pages 3272–3287.

Greene, S. J., Bauersachs, J., Brugts, J. J., et al. (2023). Worsening Heart Failure: Nomenclature, Epidemiology, and Future Directions: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology*, 81(4), 413–424.

Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, Marques-Sule E, Plymen CM, Piper SE, Riegel B, Rutten FH, Ben Gal T, Bauersachs J, Coats AJS, Chioncel O, Lopatin Y, Lund LH, Lainscak M, Moura B, Mullens W, Piepoli MF, Rosano G, Seferovic P, Strömberg A. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. (2021). *Eur J Heart Fail*, 23(1):157-174. doi: 10.1002/ejhf.2008.

Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370. doi: 10.1016/s1388-9842(02)00253-2.

James, S. L. et al. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet*, Volume 392, Issue 10159, 1789 – 1858.

Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B. (2009). Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nurs Res.*, 58(4):274-82.

Karadakovan, A., & Aslan E, F. (Ed). (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım, 101-103. Ankara. Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım.

Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). A Guide for the Nurses in Care Management of Heart Failure. Turk J Card Nur., 8(16): 35-44.

Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, Strömberg A, Riegel B, Vellone E. (2018). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. Heart Lung, 47:40–46

Kökcü, Ö. D., & Tiryaki, Ö. (2020). Kalp yetmezliği hastalarının öz bakım davranışları ve bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlık durumlarının incelenmesi. Turkish Journal of Health Sciences, 5(2), 364-374.

McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol, 44: 810–819.

McDonagh, T.A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 42(36), 3599-3726.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, Muneretto C, Francesco

Piepoli M, Price S, Rosano GMC, Ruschitzka F, Skibelund AK; ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.*, 44(37):3627-3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195.

Mert H, Barutcu CD, Sezgin D. (2013). The Turkish version of self care of heart failure index V6. *HealthMED*, 7: 2480-2486.

Oksel, E., Akbıyık, A., & Koçak, G. (2016). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,1(2), 1-8.

Özer, S. ve Sezgin D. (2015). Kalp Yetersizliğinde Özbakım. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni Yıl: 7 Sayı: 4 / 2015*.

Pour AH, Gökçe S, Kunter D, Yöntem H. (2016). Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg.*, 24(2):66-71.

Riegel B, Dickson VV, Vellone E. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart Failure Self-care. (2022). *J Cardiovasc Nurs.*, 37(6):515-529. doi: 10.1097/JCN.0000000000000919. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35482335; PMCID: PMC9561231.

Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, Stromberg A, Vellone E, Webber DE, Jaarsma T. (2019). Self-care research: where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud*,103402.

Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.*, 24(6):485-97. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0. PMID: 19786884; PMCID: PMC2877913.

Ruppar TM, Cooper PS, Johnson ED, Riegel B. (2019). Self-care interventions for adults with heart failure: A systematic review and meta-analysis protocol. *J Adv Nurs.*, 75(3):676-682. doi: 10.1111/jan.13903. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30397943; PMCID: PMC6392180.

Roussia S, Muthu P, Ilesanmi RE. (2023). Self-care Management in Heart Failure Using Roy Adaptation Theory-guided Intervention in the United Arab Emirates. *SAGE Open Nurs.*, 9:23779608231160484. doi: 10.1177/23779608231160484. PMID: 36895709; PMCID: PMC9989373.

Son YJ, Choi J, Lee HJ. (2020). Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18):6559. doi: 10.3390/ijerph17186559.

Tanai E, Frantz S. (2015). Pathophysiology of Heart Failure. *Compr Physiol.*, 6(1):187-214.

Türen, S. (2018). Yoğun Bakımda Akut Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2), 73-79.

Xia, J., Brownell, N. K., Fonarow, G. C., & Ziaeian, B. (2024). New models for heart failure care delivery. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 82, 70–89.

BÖLÜM X

Hemşirelikte Tıbbi Kayıtlar ve Önemi

Merve ENGİN¹
Ayşe KACAROĞLU VİCDAN²

Giriş

İnsanın etrafında gerçekleşen olayları öğrenme isteği ve merak ettiklerini ortaya çıkarmak için araştırma yapması insanlığın varoluşundan beri devam etmektedir. Bu durumun sona ermeyeceği de toplum olarak kabul edilen bir durumdur. İlk etken bilgidir. Bilginin de günlük hayattaki ya da çalışma hayatındaki insanlara ulaşabilmesi için belge haline getirilip yayılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunulması ve tedavi süreçlerinde farklı ve çok miktarda veri üretilmektedir. Bu verilerin tedavi sürecinde kullanılması, geçmişe dönük verilere ulaşım sağlanması

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Muğla/TÜRKİYE, ORCID ID: 0009-0002-9097-4732 e-mail: merveengin4141@gmail.com

² Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Muğla/TÜRKİYE ORCID ID: 0000-0002-7486-9396 e-mail: aysevicdan64@hotmail.com

gerektiğinde ve tedavi sürecinin kalitesi bakımından kayıt altına alınması büyük önem taşımaktadır. Verilerin kayıt altına alınması ihtiyacı tıbbi dokümantasyon işlemlerinin ortaya çıkmasında büyük etken olmuştur (Limon, 2019; Acar, Acar & Çetinceli, 2020).

Sağlık hizmeti kapsamında hastaya uygulanan bütün uygulamalarda çoğunluk hemşirelerden oluşur. Hemşirelik, hastaya yapılan uygulamaların kaydedilmesinde önemli rol oynar. Hemşirelik uygulamaları, hasta bakımının kalitesini arttırmak ve sağlık hizmetlerinde standartları geliştirmek için yapılmaktadır (İskender & Kaplan, 2020; Demirel, Emül & İrdam, 2023). Hemşirelik uygulamalarında tutulan kayıtlar, daha etkili, daha çabuk ve doğru kararlar verilerek tıbbi hataların azalmasını ve zamandan tasarruf edilmesini sağlamaktadır. Hemşirelerin hastaya hizmet sağladıkları bu süreçte hastaya ait verilerin kaydedilmesi hemşirelerin kanıta dair belge oluşturmasını sağlar ve hasta bakımının kalitesini arttırmaktadır (Purkuloğlu, Ün & Yürürdurmaz, 2019; Gök & Ekiyor, 2022). Hastaya ait toplanan kişisel verilerin korunması ise hemşireler için etik ve yasal bir sorumluluktur. Kişi, kendisine ait tüm sağlık verilerinin korunması hakkına sahiptir (Basit, 2021).

Tıbbi Kayıt Tarihi

İnsanlığın doğuşu ile birlikte yaşam sürecine dair kayıtlar ortaya çıkmaya başlamıştır. MÖ 4000 yılına kadar süren dönemde mağara duvarlarına çizilen resim, şekil ve mitolojik hikâye anlatımlarında tıp ile ilgili bilgilere ulaşılmaktadır (Karakaya & Mercanlioğlu, 2019). Babil Kralı Hammurabi'nin MÖ 2250 yılındaki ünlü kanunları tıp alanında idari ve hukuki düzenlemeleri

içermesinden dolayı tıbbi kayıtların ilk örneklerinden sayılabilir. Sümerliler zamanına ait kil tabletler üzerine hastalıklar ve ilaçlar ile ilgili yazılan yazılar bilinen en eski tıp kitabı olarak bilinmektedir (Karakaya & Mercanlıoğlu, 2019; Tekin Şenel, 2023). Eski Mezopotamya bölgesinde Asurlulara ait olduğu bilinen Assurbanipal Kütüphanesi'nde MÖ 7. yüzyıla ait sağlık ile ilgili yazılmış kil tabletler ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu tabletlerin aslında MÖ 2700 dönemlerinde yazılan kil kitabelerin bir örneği olduğu anlaşılmıştır. Kil tabletlerde yer alan bu bilgilere göre Asurluların hastalığı tanımlamaları bilinen en eski tıp bilimi açıklaması olarak kabul edilmektedir (Meriç, 2022). Mısırlılar tıbbi anlamdaki birikimlerini papirüsler üzerine yaptıkları kayıtlarla günümüze kadar getirmişlerdir. Tıbbi kayıt anlamında bu papirüslerin en ünlüleri Edwin Smith (MÖ 1600) ve Ebers Papirüsleri (MÖ 1550)'dir. Edwin Smith Papirüsü'nde başta kafa yaralanmaları olmak üzere birden fazla hastalığa yönelik belirti, bulgu ve tedaviye ilişkin bilgilerin yer aldığı, Ebers Papirüsü'nde ise kalp ile ilgili ayrıntılı bilgilerin olduğu ayrıca akıl hastalıklarından bahsedildiği görülmektedir. Önemli kayıtlar olarak görülen bu papirüsler sayesinde birçok hastalığın tedavisine ilişkin reçeteler de ortaya çıkmıştır (Tekin Şenel, 2023).

Hasta dosyası olarak kabul edilebilecek ilk kayıtlara Eski Yunan medeniyetlerinde bir mabedin sütunlarında rastlanmaktadır (Karakaya & Mercanlıoğlu, 2019). Tıbbi dokümantasyon süreci; tıbbi kayıtların yazılması, korunması ve yeniden kullanılması ilk hekimlere dayanmaktadır (Tekin Şenel, 2023). Hipokrates, gözleme dayalı tıbbi kayıt tutulması için önemli katkılar sağlarken, hasta bilgilerinin mahremiyetinin önemi Thus ile ortaya çıkmıştır

(Karakaya & Mercanlioğlu, 2019). Hipokrates bir hekim olarak *“Hastama ait bilgileri kimseye açıklamayacağım ve onları sır olarak saklayacağım.”* ifadesini söyleyerek hastanın tıbbi kayıtlarının gizliliği ve mahremiyetine vurgu yapmış buna saygı gösterilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tekin Şenel, 2023). İlk sistematik tıbbi kayıtlar Pennsylvania Hastanesine, ilk arşiv sistemi ise Virginia’da bulunan bir hastaneye ait olduğu görülmektedir (Karakaya & Mercanlioğlu, 2019). 21. yüzyıl itibarıyla teknolojinin gelişmesi ile birlikte maliyetin azaltılması, iş verimliliğinin yükseltilmesi, sunulan hizmetin kalitesinin ve güvenliğinin artırılması amacıyla tıbbi kayıtların kullanılmasına devam edilmektedir (Karakaya & Mercanlioğlu, 2019; Alp, 2022).

Tıbbi Kayıt Nedir?

Kişinin sağlık kuruluşuna başvurması ile tutulmaya başlanan, başvuru öncesinden taburculuk aşamasına kadar olan verileri içeren, bir sonraki başvuruda tutulmaya devam edilerek hastanın geçmişi, kimlik bilgileri ve sağlık öyküsünü ifade eden yazı, görüntü, not vb. veriler olarak tanımlanmaktadır. Kişiye ve genel sağlık hizmetlerine ait bilgilerin yer aldığı belgeler olarak da ifade edilmektedir (Limon, 2019). Dokümantasyon ise bilimsel kurallara uygun olarak kayıt altına alınmış bilgilerin toplanması, analiz edilmesi, muhafaza edilmesi, işleminden geçirilmesi, düzenlenmesi ve ilan edilmesi hizmetlerinin tümüdür (Acar, Acar & Çetinceli, 2020; Meriç, 2022).

Hastalara ait anamnez, laboratuvar ve radyoloji sonuçları, tıbbi muayene notları, tedavi geçmişi, ödeme ve sigorta bilgileri gibi bilgilerin yer aldığı tıbbi kayıtlar ile kime, ne zaman, nerede ve nasıl bir tedavi ve bakım uygulandığı kaydedildiği için kanıt niteliği

taşımaktadır. Bu sebeple tıbbi kayıtlar yasal belgeler olarak kabul edilmektedir (Alp, 2022). Tıbbi kayıtlar; sağlık eğitimleri, hasta, sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarının haklarının korunması, tıbbi ve epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finans yönetimi açısından oldukça önemlidir. Hasta kayıtlarının kalitesi hemşirelerin öncelikli sorumluluğudur ve disiplinler arası ve diğer disiplinler ile birlikte kayıt tutma iyi bakımın sağlanmasını, klinik karar almayı, sağlık çalışanları arasında etkili ve iyileştirici iletişimi destekleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Hemşirelik kalitesinin iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde rol oynamasının yanında şeffaflık ve hesap verilebilirliğin sağlanması bakımından hemşirelik uygulamalarının kanıtı niteliğindedir (Bizimana & Bimerew, 2021; Minolin Babu & Sheeba Rajakumari, 2020).

Tıbbi Kayıtların Önemi

Sağlık kurumları, kendilerine başvuran sağlıklı veya hasta bireylere gereken işlemleri uygulamalı ve kişilere ait tüm verileri saklamalıdır. Bu veriler, insan sağlığı sorunlarına yönelik çalışmalardan elde edilerek düzenli bir şekilde sunulan tıbbi kayıtlardır. Tıbbi dokümanlar, birey ve toplum sağlığına ilişkin her türlü tıbbi bilginin kaydedilip muhafaza edilmesi ve gelecekte yapılacak tıbbi araştırmalara kaynak oluşturması açısından büyük önem taşımaktadır (Etgü & Güçlü, 2022; Karakaya & Mercanlioğlu, 2019). Tıbbi kayıtların önemi aşağıdaki şekilde belirtilebilir:

- Yasal belge olarak kabul edilir.
- Hastanın hastalığının tanımını ve tedavisinin nasıl devam ettiğini belgeler.

- Sorumlu doktor ile tedaviye katılmakta olan sağlık personeli arasındaki iletişimi kurar.
- Sonrasında hastayı takip edecek olan sağlık personellerine hasta ile ilgili bilgiler verir.
- Hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için kullanılır.
- Sağlık kuruluşlarının yasal haklarını korumaya yonelik kullanılır.
- Hemşirelerin eğitiminde onemli bir araçtır.
- Tıbbi araştırmalar için veri kaynağı sağlar.
- Kamu araştırmalarına veri desteği sunar.
- Hastane yonetimi ve finansman politikalarının belirlenmesinde kullanılır.
- Hastanın bakım planı yapılmasında kolaylık sağlar.
- Hataları en az seviyeye indirerek veri kaybının onlenmesini sağlar.
- Hasta bilgilerini tek bir yerde toplayarak zaman kazandırır.
- Bilgilerin unutulmasını engeller.
- Aynı anda birden fazla kişinin bilgiye erişmesini sağlar.
- Tıbbi verileri birleştirerek ya da ayrıştırarak daha guvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlar.
- Personel hizmetlerinin değerlendirilmesinde kolaylık sağlar.

- Sağlık kuruluşları, geçmişteki hastaları ve ölüm nedenlerini kayıtlardan inceleyebilir.
- Uygulanan tedavi ve tedavi süreçlerinin başarısına hasta dosyalarındaki bilgilerden ulaşılabilir.
- Sadece gerekli bilgilerin toplanmasını sağlar (Gürkan, Enç & Türen, 2023; Etgü & Güçlü, 2022; Karakaya & Mercanlıoğlu, 2019).

Tıbbi Kayıtlarda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Tıbbi kayıtlar, hastaların tedavisinde büyük öneme sahiptir. Tıbbi kayıtlar; hastanın öyküsü, klinik bulguları, tanısal test sonuçları, pre-operatif bakım, cerrahi notlar, post-op bakım, hastanın durumu ve günlük ilaç tedavilerine ilişkin verileri içerir. Hasta dosyasında bulunması gereken bilgiler ve bu bilgilerin muhafaza edilmesinde dikkate alınması gereken unsurlar şu şekilde sıralanabilir:

- Kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak kullanıldığından yazılanlar doğru, okunaklı, ayrıntılı ve anlaşılır olmalıdır.
- Tek renk ve silinmeyen kalem kullanılmalıdır.
- Kayıtlarda düzeltme yapılacaksa üzerine altta kalan yazı okunacak şekilde tek çizgi çekilerek doğru ifade yanına yazılmalıdır. Düzeltmeyi yapan kişinin isim soy isminin baş harfleri, tarih ve saat bilgisi mutlaka yazılmalıdır.
- Hasta güvenlik önlemleri için hastaya özel kimlik belirleyicilerinin kayıtlarda kullanılması gereklidir.

- Hastaya uygulanan tüm işlemler kurumun belirlediği formlar ile yazılı ya da elektronik ortamda kayıt altına alınmalı ve belirlenen sürelerde arşivlenmelidir.
- Özellikle onam belgelerinde tarih olmalı ve gerektiğinde saat belirtilmelidir. Muvafakat belgesi dosyaya eklenmelidir.
- Hasta ile karşılaşıldığı andan itibaren, cerrahi tedavinin tıbbi ve cerrahi aşamaları, muayeneler, konsültasyonlar ve cerrahi işlemler kaydedilmelidir.
- Gözlem kâğıdı, röntgen, laboratuvar test sonuçları, biyopsi sonuçları ve ilaç bilgileri hastanın dosyasında muhafaza edilir. Bu bilgilerin zamanında tamamlanmaması, kayıt hatalarına sebep olabilir (Yardan & Dikmetaş, 2019; Etgü & Güçlü, 2022)

Tıbbi Kayıtlarda Yer Alması Gereken Hususlar

Tıbbi kayıtlar, hastanın tıbbi öyküsünü içeren sağlık kuruluşunun farklı bölümlerinde ve farklı sağlık personelinin hazırladığı idari ve hukuki açıdan korunması gereken olan kayıtlardır ve bu kayıtlarda aşağıda yer alan bilgilerin bulunması gerekmektedir (Gedikçi Öndoğan, 2021; Etgü & Güçlü, 2022).

Hasta kimliği: Kimlik tespiti yapılabilecek bilgiler şu şekilde sıralanabilir; isim, ikametgâh adresi, kişiye ait her türlü tarih, telefon numarası, e-posta, T.C. kimlik, ehliyet numarası, şahsi web sitesi URL'si, IP adresi, biyometrik tanımlayıcılar (parmak izi, ses izi kayıtları, vb.), tüm yüz fotoğrafları ve diğer tüm kişiye özgü numaralar, kodlar ve özellikler (Gökçay & Arda, 2019).

Hastalığın Öyküsü (Anamnez): Anamnez alma, hastalığın tanısı için en gerekli adımlardan birisidir. Anamnez sayesinde gerekli olamayan incelemelerin yapılması önlenerek zaman ve maliyet kaybının azaltılmasını sağlar (Etgü & Güçlü, 2022). Hastadan anamnez alınırken ortamın uygunluğu büyük önem taşır. Hastaya, doğru yönlendiren sorular sorulmalı ve hastayla tek başına görüşülmelidir. Hastaya karşı saygılı bir dil kullanılmalı, göz teması kurulmalı ve hastanın kendini rahatça ifade edebilmesi için ona zaman tanınmalıdır. Hastanın hastaneye başvurma nedenin sorgulanması, anamnezin temelini oluşturmali ve bu konuya yoğunlaşmalıdır. Ayrıca hastanın geçmişte geçirdiği hastalıklar, tedaviler, tıbbi müdahaleler, halen kullandığı ilaçlar ve durumu hakkında mümkün olduğunca eksiksiz bilgi vermesi sağlanmalıdır (Etgü & Güçlü, 2022; Karal & Turan, 2021; Pehlivan, 2023).

Anamnez şeması şu başlıklar altında toplanabilir:

- 1) Hastanın kimlik bilgisi
- 2) Hastanın şikayetleri
- 3) Hastalık öyküsü
- 4) Kişisel ve ailesel geçmiş
- 5) Hastanın sosyal durumu
- 6) Hastanın alışkanlıkları
- 7) Kullanmakta olduğu ilaçlar
- 8) Hastanın bedensel fonksiyonları
- 9) Sistemler sorgusu

Rıza formu: Onam Formu (Rıza Belgesi), uygulanacak tıbbi işlemle ilgili olarak sağlık personeli tarafından hastaya anlayacağı şekilde açık bir ifadeyle aktarılan bilgileri içeren ve hastanın hekime onay vererek rızasını belirtmesi için hazırlanan yazılı belgedir (Şeker ve ark., 2023). Hasta rızasının hukuki geçerliliğe sahip olması için öncelikle hastanın ayırım gücüne sahip olması, yani hastaya uygulanacak olan tıbbi müdahalenin önem, sebep ve sonuçlarını, boyut ve etkilerini anlayabilme kapasitesine sahip olması, ayrıca yaşının küçük ya da kısıtlı olmaması yani Medeni Kanun anlamında tam ehliyetli olması gerekmektedir. Hasta rıza formunu öncelikle kişi kendisi, gerektiği zaman birinci dereceden yakını olan sorumlu bir kişi veya veli-vasisi imzalaması gerekir (Akşit ve ark., 2019; Atak, 2020) Bu formda kişinin açık kimliği, protokol numarası, bilgilendirme formunda belirtilen hususlara dair bilgilendirildiğinin ifadesi yer alır. Ayrıca, formu veren ve imzalatan kişinin adı ve imzası da bulunur. Kanuni temsilci veya mahkeme izni alınması zaman alacaksa ve hastaya hemen müdahale edilmediği koşulda hayatı veya hayati organlarından birisi risk altında olacaksa, izin şartı aranmaz. Hayatı veya hayati organlardan birisini riske atacak acil durumlar dışında, rıza her zaman geri alınabilir. Rızanın geri çekilmesi, hastanın tedaviyi kabul etmemesi anlamına gelir (Varol, 2020; Ağın, 2023).

Aydınlatılmış onam, hastaya konulan tanı, uygulanacak tedavi ve ortaya çıkabilecek riskler hakkında bilgi vermek, hastanın sorularına cevap vermek ve tıbbi işlemler için hasta rızasını alma amacı taşır. Bu kavram, kişinin kendi bedeni üzerinde yapılacak her türlü tıbbi uygulamayı bilme ve karar verme hakkına sahip olduğu görüşünden ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bireyin hastalık durumunda da

haklarını koruyabilmesi fikriyle, daha sonra yasalarla güvence altına alınmış ve zorunlu bir ilke haline almıştır (Kurt, 2020; Oruç ve ark., 2020). Avrupa’da 1994 yılında yayımlanan Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi), hastaların tanı, tedavi, olası riskler, alternatif tedavi seçenekleri, hastalığın gidişatı ve tedavinin faydaları gibi konularda, her işlemde hastanın eğitim düzeyine uygun bir dilde bilgilendirilmesi gerektiğini açıklamış ve aydınlatılmış onamın tüm tıbbi işlemlerin ön şartı olduğunu belirtmiştir (Gülhan, 2022). Ülkemizde de 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ile tüm hastalara bilgilendirme yapılması ve rıza alınması zorunlu hale getirilmiştir (Atıcı & Kafa, 2022; Birden, 2023).

Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun şekilde hazırlanan “Bilgilendirme ve Rıza Formu” ile hastaya;

- Hastalığın olası nedenleri ve nasıl devam edeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından, ne zaman, nerede, nasıl, ne şekilde ve tahmini ne kadar zamanda gerçekleşeceği,
- Diğer tedavi seçeneklerinin ve uygulanan tedavinin getirebileceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerinde olabilecek etkileri,
- Olası komplikasyonlar,
- Tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecek riskler,
- Hastanın kullanılacağı ilaçların etkileri,
- Hastanın sağlığı için gerekli yaşam şekli önerileri,

▪ İhtiyaç duyduğu durumlarda tıbbi yardıma nasıl ulaşılacağı hastaya açıkça anlatılarak açıklanmalıdır (Özcan & Özcanoglu, 2020; Akalın, İrban & Özargun, 2023).

İzlem Formu: Bu form, sağlık personelinin hastanın hastanede geçirdiği süre boyunca tedavi ve takip sürecini kaydettiği belgedir. İzlem formunda hekimler hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgileri kaydederken, hemşireler de hekimin belirlediği aralıklarla hastanın tansiyon, nabız, ateş, solunum gibi yaşam bulgularını, hastanın fiziksel, zihinsel, duygusal durumlarını, hekimin verdiği ilaçları, ilaç dozlarını ve uygulanma yollarını, hastanın yeme içme durumunu ve bağırsak ile mesane fonksiyonlarını kaydeder. Ayrıca acil bir durumda hekim çağrıldığında, hemşireler aramanın nedenini, hastanın durumunu ve yapılan işlemleri yine izlem formuna kayıt eder (Etgü & Güçlü, 2022; Aloğlu & Mert, 2022).

Doktor İstemi: Doktorun hastaya uygulanan tanı, tedavi veya takibi için verdiği yönlendirmelerini, hemşirelerin, doktorların ve diğer personelin yaptıkları işlemleri kaydettiği formdur. Bu formda, hastanın yapması gereken diyet ve uygulanacak ilaçların dozu, yaşam bulguları ve ne sıklıkta olacağı yazılmalıdır. Doktorlar ileri görüntüleme teknikleri sayesinde (EKG, MR, ultrason vb.) yazılı veya elektronik formatta istemlerde bulunabilir. Bu istemler hasta güvenliği için uygun ve hatasız hazırlanmalıdır (Kırşan ve ark., 2019; Etgü & Güçlü, 2022; Akalın & Demirbaş, 2023).

Laboratuvar Raporları: Hastanın izlenmesine dair tutulan raporlar, radyografi, elektrokardiyogram, biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji gibi birimlerden alınan örneklerden oluşur (Çağlayan, 2021). Tıbbi laboratuvar raporları klinik kararlar üzerinde yol

gösterici niteliğindedir. Tıbbi laboratuvar hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve önlenmesinde sağlık hizmetleri kapsamında önemli bir rol oynamaktadır. Tanı koymada %60-70'nin laboratuvar sonuçlarına göre alındığı bilinmektedir. Bu oran, gelişen teknolojiyle birlikte daha da artacak ve zamanla daha da büyük bir önem kazanacaktır (Çağlayan, 2021; Etgü & Güçlü, 2022; Akçakoca, Oral & Dirican, 2024).

Konsültasyon Raporları: Konsültasyon kavramı; genel olarak ortaya çıkan problem karşısında ortak tavsiye aramak ve tavsiyede bulunmak anlamına gelir. Konsültasyon, hastaya bakan doktorun farklı alanlardaki uzman hekimlerden görüş almasıdır. Konsültasyon sürecinde, bir hekim, hastasıyla ilgili topladığı bilgi ve verileri diğer uzman hekimle paylaşır, hastanın durumu tartışılır ve buna göre tanı koyularak yapılacak olan tedavi planı belirlenir. Konsültasyon için farklı uzmanlık alanlarından gelen hekimler, tedavi sürecine katkıda bulunarak hastaya uygulanan tedavinin kalitesini ve güvenilirliğini arttırırlar. (Güneşlice & Yıldırım, 2019; Kaçmaz, Kıdak & Özdemir, 2019).

Teşhis ve Tedaviye İlişkin Veriler: Teşhis, hastanın öyküsü ve hastanın şikayetleri sonrasında hekim tarafından hasta durumunun değerlendirilmesidir. Hekim hastanın şikayetlerini değerlendirmesi, hastaya uygulanan tedavinin başarısı veya başarısızlığı üzerinde büyük bir etkindir. Hekim, tıbbi değerlendirmelere ve hastaya konulan teşhise göre tedavi sürecini tıbbi dosyasına kaydetmelidir. Tıbbi dokümanlar, olası bir durumda hekimin mesleki görev ve yetkilerini kötüye kullanma durumu olup olmadığını tespit etmek açısından oldukça önemlidir.

Tedavi, hekimin kişisel ve profesyonel görüşüne göre yapılan teşhis konulduktan sonra hastaya uygun gördüğü tedavi yönteminin uygulanmasıdır. Tedavi yöntemlerinde, hastalığın doğası ve kendine ait yanları belirlenmeli, belirtiler değerlendirilmeli, hastanın yaşı, bedensel ve gelişimsel durumu incelenerek hastanın soy geçmişine, fiziksel ve ruhsal sağlığına bakılmalıdır (Etgü & Güçlü, 2022; Şengül & Hocaoglu, 2019).

Epikriz (Taburculuk özeti): Taburculuk özeti, hastanın sağlık durumunu tanı ve tedavi sürecini özetleyen tıbbi rapordur. Taburculuk özetiyle ilişkili olan birçok faktör vardır. Bunlardan bazıları; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, varsa diğer hastalıkları, sosyoekonomik durumu, evde sürekli hastayla ilgilenecek birisinin olması gibi faktörlerdir. Bu belge diğer sağlık çalışanları içinde bir rehberdir (Aydan & Arıkan, 2021; Öztürk, Durmaz & Kurşun, 2023).

Elektronik Tıbbi Kayıtlar

Tıbbi kayıtlar, sağlık profesyonelleri tarafından hastalıkların teşhis ve tedavisini kayıt altına almak için kâğıt veya dijital ortama kaydedilen tıbbi doküman, dokümantasyon, tıbbi belge, hasta kabul kaydı, sağlık belgeleri ve reçete gibi hastanın sağlığına ilişkin verilerin bulunduğu belgelerdir. Veriler, fiziksel ya da elektronik ortamda muhafaza edilebilir. Sağlık alanında bilgisayarlar birkaç hastanede hasta faturalama, tıbbi istatistikler gibi belirli alanlarda ilk olarak 1960'lı yıllarda kullanılmıştır. Teknolojinin gelişmesiyle kapsamı genişleyerek devam eden elektronik sağlık kayıtları kişisel sağlık bilgileri kapsamına girmektedir. Elektronik sağlık kayıtları, bireylerin elektronik sistemler aracılığıyla saklanan, aktarılan, erişilen,

ilişkilendirilen ve işlenen her türlü bilgileridir (Özer Deniz, 2022; Gürkan, Enç & Türen, 2023). Sağlık alanında yapılan araştırmalarda, hastaya ait bilgilere kolayca ulaşılmasının büyük yarar sağladığı belirtilmiştir (Küzeci, 2019).

Elektronik sağlık kayıtlarının güvenli ve paylaşılabılır bir biçimde saklanabilmesi için farklı standartlar geliştirilmiştir. Günümüzde, kişisel sağlık verileri, Medula, E-nabız, Gebliz, Aşı-net, Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimi Kayıtları ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi gibi dijital platformlara kaydedilmektedir. Bu kayıtlar sayesinde, doktorlar, konsültanlar, diğer sağlık çalışanları, sağlık kurumlarındaki idari personel, laboratuvar çalışanları, eczaneler, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Maliye, Adli makamlar ve Türkiye Sigorta Birliği ilgili kişilerin sağlık verilerine kolayca erişebilmektedir (İnal & Cagiltay, 2019; Özer Deniz, 2022).

Özel veya kamuya ait olan sağlık kuruluşlarında hastaların sağlık geçmişine dair bilgileri, tahlil sonuçları, hastalara konulan tanılar, uygulanan tedaviler ve bu tedavilerin süreleri elektronik ortamda yer almaktadır. Doktorların, hastaların önceki tanı ve tedavisi ile ilgili bilgilerine ulaşabilmesi, yeni tanıların doğru şekilde konularak müdahalenin daha hızlı ve düşük risklerle yapılmasını sağlamaktadır (Yılmaz, Özkoç & Öğütçü, 2021; Eskici & Toraman, 2022).

Elektronik Tıbbi Kayıtların Avantajları

Son zamanlarda teknolojik gelişmeler ve dijitalleşmeyle beraber her alanda devrim niteliğinde bir değişim ve gelişim süreci yaşanmaktadır. Birçok sektörde olduğu gibi sağlık hizmetleri de teknolojik gelişmelerden etkilenen bir alan olarak varlığını

sürdürmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin uyumlu ve koordineli bir şekilde sunulmasını sağlayacaktır (Doğan, 2021; Söyler & Averbek, 2022; Kayserili & Tefiroğlu, 2023). Çağımızda gelişen teknoloji ve dijitalleşme her alanda olduğu gibi sağlık sektörüne entegre olan tüm kurumlarda da büyük önem taşır. Uluslararası Standartlar Birliği (ISO) elektronik sağlık kayıtlarını; elektronik ortamda güvenli olarak muhafaza edilen, değiştirilen ve birden fazla yetkili tarafından kullanılabilen sağlıklı/hasta bireylere ilişkin verilerin depolanması olarak tanımlamaktadır (Çınar & Özkaya, 2023; Özdemir Aydın, Turan & Kay, 2023). Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini geliştirmek açısından elektronik tıbbi kayıtlar önemli bir araçtır (Öztürk, Varlı & Aslan, 2022).

Elektronik sağlık kayıtlarının avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- Kâğıt kullanımının mümkün olan en az seviyeye indirilerek ekonomik katkı sağlar.
- Sağlık kayıtlarına mobil erişim sağlar.
- Sunulan hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesini sağlar.
- Hastalara düşük maliyetlerle yüksek kaliteli hizmet sunar.
- Kapsamlı hasta kayıtlarının tutulmasını sağlar.
- Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi ve sağlık çalışanlarının kendileri arasındaki iletişimi geliştirir.

- Klinik hataların engellenmesini sağlar.
- Sağlık çalışanları açısından zaman kaybını önler.
- Sağlık okuryazarlığının artmasına yardımcı olur.
- İhtiyaç duyulan verilere ve konsültasyona uzaktan erişim imkânı sunar.
- Mobil uygulama sayesinde hastanın tanı, tedavi ve bakımının zamanında ve daha etkin şekilde yapılmasını sağlar.
- Sağlık sistemi ve teknolojinin birleşmesine katkı sağlar (Kayserili & Tefiroğlu, 2023; Demirbaş & İşlek, 2023; Mızrak & Aslan, 2023; İkinci, 2021; Eskici & Toraman, 2022; Konukbay, Efe & Yıldız, 2020; Gedikçi Öndoğan, 2021; Sözeri & Kutlutürkan, 2020; Caner & Kavak, 2020; Yeşilyurt ve ark., 2019).

Tıbbi Kayıt Ve Hemşirelik

Hemşirelik kayıtları, hasta bakımı esnasında yapılan uygulamaları ve bu uygulamaların değerlendirmelerini kapsamaktadır (Etgü & Güçlü, 2022). Hemşirelerin hastaya ait verileri toplayarak hastanın tespit edilen gereksinimleri doğrultusunda bakım planlarının oluşturulması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, ilaç uygulamalarının takibi, hasta ve yakınlarına ihtiyaçlarına yönelik eğitim verilmesi, hastaların gerektiğinde transfer edilmesi gibi görev tanımları bulunmaktadır. Bu yönü ile hemşireler sağlık kayıt sisteminde en fazla veri kaydı yapan gruplarda birisidir. Resmi gazetede 2010 yılında yayınlanan

hemşirelik yönetmeliğinin hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları bölümünde “*tüm uygulamaları kayıt altına alır*” ibaresi yer almaktadır (Hemşirelik yönetmeliği, 2010; Gürkan, Enç & Türen, 2023). Sağlık hizmeti, kapsamı gereği ekip çalışması gerektirir. Hastayla doğrudan temas kuran ve taburcu olana kadar geçen sürede hastayla iletişim halinde olan sağlık çalışanlarından en önemlisi hemşirelerdir. Hemşireler hastanın, diğer sağlık personeliyle ve diğer hizmet birimleriyle iletişimini destekleyerek onlara aracılık ederken sağlık hizmetinin merkezinde önemli rol oynar (Mühür & Yılmaz, 2022; Tekin, 2023).

Hemşirelik mesleğine ait bilgi birikimi ve bilişim teknolojilerinin bakım, tedavi ve uygulama alanlarında kullanılmaya başlanması sonucu hemşirelik bilişimi kavramı ortaya çıkmıştır. Amerikan Hemşireler Birliği hemşirelik bilişimini tanımlarken “Hemşirelik bakımını sağlamak ve uygulamalarını desteklemek için hemşirelik ili ilgili verilerin ve bilgilerin işlenmesinde ve yönetilmesinde bilgisayara, bilgi ve hemşirelik biliminin kullanıldığı uzmanlık dalı” ifadesini kullanmıştır (Konukbay, Efe & Yıldız, 2020; Buçan Kırkbir & Kurt, 2020). Hemşirelik bilişimin temelleri, Florence Nightingale’in 1857 yılında orduda bir istatistik bölümü kurarak elde edilen verileri analiz etmesi ile atılmıştır. Bilgisayarların sağlık sektöründe kullanılmaya başlanması 1950’li yıllara dayanır. 1980 yılında literatürde yer almasının yanında, 1992 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association /ANA) tarafından bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır (Buçan Kırkbir & Kurt, 2020).

Hemşirelikte bilişim teknolojilerinin kullanılması daha kaliteli, bireye özgü bakımın sağlanmasını, hemşirelerin

danışmanlık ve eğitici gibi rollerini daha aktif gerçekleştirmesine destek olmaktadır. Hemşirelik bakım ve tedavi süreci ile ekip içi iletişimde bilişim uygulamalarının kullanılmasının, iletişim kaynaklı hataları azaltarak, hasta güvenliğini artırdığı gösterilmiştir (Çetin & Eroğlu, 2020). Hemşireler sahip oldukları bilgi ve beceriyi gelişen teknoloji ile beraber kullandıklarında bakımın kalitesini artırabilir, sağlık alanındaki gelişmelere ve giderlerin azaltılmasına katkı sağlayabilir (Acavut ve ark., 2020; Gürkan, Enç & Türen, 2023).

Sonuç

Hastaneler, birden fazla işlevin bir arada yürütüldüğü karmaşık yapıdaki kurumlardır. Öncelikle bir işletme olan hastane, aynı zamanda tıbbi hizmet vermekte ve otelcilik hizmeti sağlamaktadır. Hastalıkların teşhis edilmesi ve uygun tedaviyi uygulayabilmek için hastalara birçok tahlil ve tetkik yapılmaktadır. Bu tahlil ve tetkikler sonucunda hastalığın tanısı konulup kolayca tedavisi planlanabilmektedir (Tuncay, 2020; Oruç ve ark., 2022). Son yıllarda sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastaların zarar görmesini önleyerek en üst düzeyde hizmet sunmaktır. Hastanın yaşam öyküsünün, tıbbi geçmişinin ve hastaya uygulanan tedavi yönteminin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesine tıbbi kayıt denir (Durmuş, 2022; Ertü & Güçlü, 2022). Belgeler bu süreçte büyük rol oynar. Belgelerin yasal olarak kanıt niteliğinde olması, kurumsal faaliyetleri doğru şekilde yansıtmaları ve kurumun gerçekleştirdiği işlemlerle ilgili güvenilir bilgi sağlaması önemli bir özelliktir. Hasta kayıtlarının en büyük önemi hemşirelikte resmî belge olarak kabul edilmesidir (Korkutata & Çetintaş, 2021; Gürkan, Enç & Türen, 2023). Hemşirelerin elde ettikleri verileri sahip olduğu bilgiler ile değerlendirerek bunları planlama ve uygulamaya aktarması, kayıt

altına alması güvenli ve kaliteli bir sağlık bakımı sağlar (Acavut ve ark., 2020). Tıbbi kayıtlar, tüm sağlık kuruluşlarında ortak erişim alanları sağlayarak toplanan verilerin istatistiksel veri analizinin yapılmasına olanak sağlar. Zaman ve mekân kısıtlaması olmadan sisteme kayıtlı olan tüm verilere hızlıca erişim, sağlık profesyonellerinin ve diğer tüm çalışanların acil durumlarda hızlıca karar almasını sağlamaktadır (Kayserili & Tefiroğlu, 2023).

Kaynakça

Acar, S., Acar, Ö. F., & Çetinceli, K. (2020). Tıbbi Dokümantasyon Ve Sekreterlik Eğitiminin ve Mesleki Uygulama Sorunlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (36), 164-176.

Limon, S. (2019). Hastanelerdeki tıbbi dokümanların geleneksel ortamdan elektronik ortama dönüşümü. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*, 1 (1), 30-39.

İskender, Ö., & Kaplan, S. (2019). Uluslararası hemşirelik sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2 (2), 1-10.

Demirel, E. T., Emül, E., & İrdam, B. (2023). Çalışma Ortamı Algısının Hizmet Kalitesi Algısı Üzerinde Panoptik Gözetim Aracılığıyla Dolaylı Etkisi. *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, 10 (20), 57-82.

Purkuloğlu, E., Ün, A., & Yürürdurmaz, F. (2019). Hemşire Karar Destek Sistemleri Uygulamaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22 (3), 491-514.

Gök, G. & Ekiyor, A., (2022). Elektronik Tıbbi Kayıt Kabul Modeli Seviye-7 Dijital Hastanelerde Teknoloji Kabul Düzeyinin ve Tıbbi Hata Algısının Doğrusal Olmayan Kanonik Korelasyon Analiziyle İncelenmesi. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 57 (3), 2039-2059. Doi: 10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.22.08.1813

Basit, G. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verileri ile ilgili görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37 (3), 189-195.

Karakaya, İ. & Mercanlıoğlu, A.Ç. (2019). Tıbbi dokümantasyonun sağlık kuruluşları açısından önemi: kamu ve özel hastane çalışanlarının tıbbi kayıt sistemine yönelik tutumları. *Social Sciences Studies Journal*, 5 (34), 2426-2436.

Tekin Şenel, P. (2023). Sağlık Bilgi Yönetimi Perspektifinden Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik: Tarihi Bir İnceleme. *Bilgi Yönetimi Dergisi*, 6 (1), 132-145. Doi: 10.33721/by.1229947

Meriç, S. (2022). Geçmişten Günümüze Tıbbi Dokümantasyon Ve Sekreterlik Mesleğinin Gelişimi Ve Önemi. *Premium e-Journal of Social Sciences (PEJOSS)*, 6 (25), 552-556.

Alp, F. (2022). Sağlıkta dijital uygulamaların tıbbi dokümanlara etkisi. Yusuf Karaşin (Ed.) & Ali Mesut Temizer (Ed.), *Tüm yönleriyle tıbbi dokümantasyon içinde* (ss.185-195). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Bizimana, E. V& Bimerew, M. (2021). Knowledge, attitudes and barriers of nurses on benefits of the quality of patient record-keeping at selected public district hospitals in Burundi. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14, 1-7.

Minolin Babu, T. & Sheeba Rajakumari, S. (2020). Record-keeping: level of challanges experienced by nursing during covid-19 pandemic. *Interanional Journal of Applied Research*, 6 (8), 352-355.

Etgü, A., & Güçlü, A. (2022). Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (13), 127-136.

Gürkan, N., Enç, N. & Türen, S. (2023). Elektronik kayıt sistemlerinin hemşirelik uygulamalarında kullanımı ve önemi. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2 (1),25-31.

Yardan, E. D., Dikmetaş, H., Yönetim, A. Y. Ü., & Mezunu, O. A. D. Y. L. (2019). Hasta Dosyaları Arşivleri Acaba Tıbbi Kayıt Hizmetleri İle İlgili Kriterlere Uygun Mu?. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6 (36), 19-32.

Gedikçi Öndoğan, A. (2023). Bilişim Teknolojileri Doğrultusunda Değişen Hasta Dosyası Yapısı ve Hasta Dosyaları Arşivleri. *Kesit Akademi Dergisi*, 7 (29), 628-651. Doi: [10.29228/kesit.52580](https://doi.org/10.29228/kesit.52580)

Gökçay, B., & Arda, B. (2019). Kişisel sağlık verilerinin korunması kapsamında sağlık araştırmalarında etik bakış. *Archives of the Turkish Society of Cardiology/Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 47 (3), 218-227. Doi: 10.5543/tkda.2019.15957

Pehlivan, A. Z. (2023). Anamnez Alma. Ahmet Hamdi Ilgazlı (Ed.) & Elif Karasal Güliyeve (Ed.), *Akciğer Hastalıklarında Anamnez-Fizik Muayene ve Tanı Yöntemleri* içinde (ss. 33-39). Gaziantep: Özgür Yayınları. Doi: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub163>

Karal, E. & Turan, M. (2021). Hekime tanı koymada yardımcı, yapay zeka destekli hastalık tespit uzmanı. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (26), 100-116.

Şeker, Z., Özese, T. A., Kaya, K., & Çekin, N. (2023). Hatalı tıbbi uygulama iddiası ile açılan davalarda aydınlatılmış onam ile ilgili yargıtay kararlarının değerlendirilmesi: kesitsel

araştırma. *Turkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 20 (1), 11-23. Doi: 10.5336/forensic.2022-93835

Atak, İ. (2020). Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 19 (1), 19-26.

Akşit, M. A., şaylıgil, ., şam, E., & Başaran, N. (2019). Genetik Danışmanlık İşlevi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 4 (1), 172-240.

Varol, N. (2020). Ortopedi ve Travmatolojide hastaya yaklaşım ve iletişim. *Totbid Dergisi*, 19:15–18.

Ağın, S. (2023). Hastanın Tedaviyi Ret Hakkı. *Yaşar Hukuk Dergisi*, 5 (2), 337-389.

Birden, B. (2023). Down Sendromuna İlişkin Aydınlatılmış Onam Formlarının Etik Bir Değerlendirmesi: Geleneksel Derleme. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*, 31(1), 77-83.

Atıcı, E. & Kafa, S. E. (2022). Klinik Araştırmaların Denetlenmesi Ve Aydınlatılmış Onam. Glbz Sezgin (Ed.) & Gkçesu Akşit Dudaklı (Ed.), *Aydınlatılmış Onam 2022 içinde* (ss. 5-27). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları.

Oruç, M. A., şahin, B., Demirkılıç, F., Göksel, A. K., & Bykkarabacak, H. Y. (2022). Girişimsel İşlemler ncesi İmzalatılan Aydınlatılmış Onam Formları İle İlgili Hasta Algı Düzeyinin Belirlenmesi. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6 (2), 90-101.

Kurt, M. (2020). Estetik müdahaleler için kurulan sözleşmelerde cerrahın yükümlülükleri. *Ankara Barosu Dergisi*, 78 (2), 101-133. Doi: 10.30915/abd.769360

Gülhan, O. (2022). Kişisel Sağlık Verileri Kapsamında Veri Öznesinin Erişim Hakkı. *Uluslararası Akademik Birikim Dergisi*, 5 (5), 273-284.

Akalın, B., İrban, A., & Özargun, G. (2023). Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mevcut standartları ve iyileştirme önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5 (1), 49-69. Doi: : 10.57224/jhpr.1230794

Özcan, Z., & Özcanoğlu, A. B. (2020). Yargıtay içtihatları ışığında malpraktis komplikasyon ayrimına bağlı ispat sorunları. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, (16), 289-315.

Aloğlu, N., & Mert, İ. S. (2022). 5S Yöntemi ile hasta izlem formu revizyonu. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8 (3), 284-300.

Kırşan, M., Korhan, E. A., Şimşek, S., Özçiftçi, S., & Ceylan, B. (2019). Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(1), 35-51. Doi: 10.5336/nurses.2018-62052

Akalın, B., & Demirbaş, M. B. (2023). Hekimlerin Tanı Koymasını Zorlaştıran Faktörlerin AHP ile Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14 (38), 458-473.

Akçakoca, B., Oral, A. Y., & Dirican, M. (2024). Klinik Laboratuvar Testlerinde Sık Karşılaşılan İnterferanslar. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi* 22 (1), 29-40.

Çağlayan, M. (2021). Türkiye’de Dört Büyük İlde Kamu Hastaneleri Tıbbi Laboratuvar Verilerinin Durumu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18 (1), 69-74. Doi: 10.35440/hutfd.821583

Güneşlice, A., & Yıldırım, T. (2019). Okullardaki rehberlik ve psikolojik danışma birimi çalışanlarının konsültasyon ihtiyaçları, kaynakları ve aldıkları konsültasyon hizmetlerinin niteliğinin incelenmesi. *Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 2 (2), 122-165.

Kaçmaz, K., Kıdak, L., & Özdemir, D. (2019). Hastane bilgi yönetim sistemlerinin konsültasyon süreci üzerindeki etkileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22 (4), 765-780.

Şengül, R., & Hocaoglu, Ç. (2019). OrtoreksiyaNervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *KSU Medical Journal*, 14 (2), 101-104. Doi: 10.17517/ksutfd.441380

Aydan, S., & Arıkan, C. (2021). OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24 (1), 127-138.

Öztürk, K., Durmaz, M., & Kurşun, Ş. (2023). Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Geçiren Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumuna Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6 (1), 35-44. Doi: 10.38108/ouhcd.1017371

Özer Deniz, M. (2022). Sağlık Verilerinin İşlenmesinde Aydınlatma Yükümlülüğü. *Erciyes Akademi Dergisi*, 36 (3), 1424-1445.

Küzeci, E., & Kılıç, Ş. (2019). 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun İş Sözleşmesi Çerçevesinde Değerlendirilmesi: Veri Sorumlusu, Veri İşleyen Ve Diğer Aktörler. *Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi*, 16 (63), 947-992.

İnal, Y., & Cagiltay, N. E. (2019). E-Nabız Mobil Sağlık Uygulamasına Yönelik Kullanıcı Değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22 (2), 375-388.

Yılmaz, D., Özkoç, E. E., & Öğütçü, G. (2021). Elektronik Sağlık Kayıtlarında Farkındalık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24 (4), 777-792.

Eskici, V., & Toraman, R. L. (2022). E-Sağlık Uygulamaları. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 25-31.

Söyler, S., & Averbek, G. S. (2022). Sağlık Teknolojileri Ve Metaverse: Potansiyel Uygulama Alanları Ve Mevcut Engeller. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 8 (2), 138-166.

Çınar, İ. Ö., & Özkaya, E. (2023). Teknolojinin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 9 (1), 1-7.

Kayserili, A., & Tefiroğlu, E. Ç. (2023). Dijital Sağlık Hizmetlerinin Hastane İdarecileri Tarafından

Değerlendirilmesi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 3 (2), 26-38.

Özdemir Aydın, G., Turan, N., & Kay, N. (2023). Evde bakımda teknolojinin kullanımı. *Sağlık bilimlerinde güncel tartışmalar*, 5, 402-411.

Öztürk, İ., Varlı, G., & Aslan, S. K. (2022). Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımlarının zaman ve hasta bakım uygulamaları yönünden değerlendirilmesi: Özel Bir Hastane Örneği. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4 (1), 15-20. Doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1059689

Doğan, S. (2021). Dünyada Ve Türkiye’de Belgelendirilmiş Dijital Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 8 (71), 1588-1597.

Sozeri, E., & Kutlutürkan, S. (2020). Kanseri Hastalarının Semptom Yönetiminde Mobil Uygulamalarla Semptom Raporlama. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 48-54.

Yeşilyurt, B., Karakuş, K., Gür, Ş., & Eren, T. (2019). Çok ölçütlü karar verme yöntemleri ile hastane bilgi yönetim sistemleri için paket programı seçimi. *Başkent Üniversitesi Ticari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3 (1), 1-21.

Demirbaş, A. R., & İşlek, Ö. Ü. E. (2023). Sağlık Kurumlarında İnovasyon. Pelin Yılık (Ed.) & Umut Beylik (Ed.), *Hastane Ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular-I* içinde (ss. 18-46). Ankara: İksad Yayınevi.

Mızrak, H., & Aslan, S. (2023). Hastaların Elektronik Sağlık Kayıt (ESK) Sistemleri için Güvenli Blok Zincir Destekli Bulut Sistemi. *Fırat Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 35 (2), 517-526.

İkinci, S. S. (2021). Dijital Hastane Kavramı Ve Elektronik Sağlık Kayıtları. Aslı Kaya (Ed.), *Bursa 1. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi* içinde (ss. 3-5). Bursa: Usbilim.

Caner, M., & Kavak, M. (2020). Hastane Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde Neden Otomasyon?. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 1-11.

Hemşirelik Yönetmeliği (2010, 8 Mart). *Resmi Gazete, Sayı: 27515*. (10/12/2024 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> adresinden ulaşılmıştır).

Mühür, İ., & Yılmaz, Ş. (2022). Hemşirelik Lisans Müfredatlarında Tıbbi Hata Konusunun İncelenmesi. *USCEH Dergisi*, 2 (1), 36-44.

Tekin, M. (2023). Hemşirelikte Hastanın Kişisel Verilerinin Korunması. *Dicle Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Dicle Adalet Dergisi*, 7 (2), 23-71.

Buçan Kırkbir, İ. & Kurt, T. (2020). Hemşirelik bilişimi ve karar verme sürecinde klinik karar destek sistemlerinin önemi. *Hemşirelik Bilişimi Dergisi*, 3 (3), 28-31.

Konukbay, D., Efe, M. & Yıldız, D. (2020). Teknolojinin hemşirelik mesleğine yansımaları: sistematik derleme. *SBÜ*

Hemşirelik Dergisi, 2 (3), 175-182. Doi: 10.48071/sbuhemsirelik.700870

Acavut, G., Yeşilçınar, İ., Taştan, S., & İyigün, E. (2020). Hemşirelikte Enformasyon: Kavram Analizi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36 (2), 109-116.

Tuncay, A. H. (2020). Pandemi Döneminde Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Ve Tıbbi Dokümanların Önemi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2 (1), 27-41.

Korkutata, S., & Çetintaş, H. B. (2021). Sağlık Kurumlarında Belge Yönetimi. *Bingöl Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 7-25

Durmuş, S. Ç. (2022). Tıbbi Hatalar: Nedenleri Ve Çözüm Önerileri. *Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal)*, 4 (23), 4388-4396. Doi: [10.26449/sssj.913](https://doi.org/10.26449/sssj.913)

Çetin, B., & Eroğlu, N. (2020). Hemşirelik bakımında yenilikçi teknolojiler. *Acta Medica Nicomedia*, 3 (3), 120-126.

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). *Resmi Gazete, Sayı: 23420*. (12/12/2024 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden ulaşılmıştır).

BÖLÜM XI

Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistül Kanülasyonuna Bağlı Ağrı Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler

Ezgi MUTLUAY YAYLA¹
Mehmet AĞASLAN²

GİRİŞ

Modern tıbbın ilerlemesine bağlı olarak yaşam süresi uzarken kronik hastalıkların görülme sıklığında artış yaşanmaktadır (Biçer ve ark., 2013). Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), dünya genelinde ve ülkemizde giderek yaygınlaşan ve insan hayatını önemli ölçüde etkileyen bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Taşan, 2018). KBY, birçok farklı sebebin yol açtığı nefronların geri dönüşümsüz olarak kaybı ve glomerüler filtrasyon hızının ciddi düzeyde azalması

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin/Türkiye, Orcid: 0000-0002-5697-8572, ezgiyayla@tarsus.edu.tr

² Arş. Gör., Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin/Türkiye, Orcid: 0009-0009-2462-0232, mehmetagaslan@tarsus.edu.tr

sonucunda sistem ve organları olumsuzyönde etkileyen ilerleyici prognoza sahip bir hastalıktır (Tolasa ve ark., 2018; Akyol ve ark., 2015).

Ülkemizde 2017 yılında yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısının 77.311 olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu hastaların 58.635'i hemodiyaliz, 3346'sı periton diyalizi ile tedavi edilirken 15.330'una ise böbrek transplantasyonu gerçekleştirilmiştir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2018).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların tedavi seçenekleri içinde en sık tercih edilen tedavi türü hemodiyaliz tedavisidir. Sürekli hemodiyaliz tedavisi alınması planlanan hastalarda yeterli ve etkili tedavinin gerçekleştirebilmesi amacıyla, yeterli ve uygun kan akımının etkin şekilde sağlanabilmesi için arterivenöz girişim yolları tercih edilmektedir. Bu yollar arteriovenöz (AV) fistül, greft veya kalıcı kateter takılması şeklinde sıralanmaktadır (Özdemir ve Akyol, 2019). Hastaya uygun girişim yolunun tercihi; etkili ve yeterli düzeyde tedaviyi gerçekleştirmek, yaşam kalitesini ve yaşam süresini arttırmak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple hemodiyaliz hastalarında AV giriş yolları hastaların yaşam çizgisi olarak nitelendirilmektedir (Erdoğan, Atik ve Çınar, 2014; Fila ve ark., 2016). Ülkemizde 2018 yılında sürekli hemodiyaliz tedavisi almaya başlanan hastaların %38,01'inin AV fistül, %0,47'sinin AV greft ve %61,52'sinin kateter kullanıldığı bildirilmiştir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2018).

Hemodiyaliz tedavisi amacıyla AVF açılan hastalarda sürekli olarak kanülasyon işlemlerinin gerçekleştirilmesi ağrıya ve strese

yol açmaktadır. Ağrı kontrolü hemşirelik bakımının temel öğelerinden birisi olması nedeniyle ağrıyı azaltmaya yönelik non - farmakolojik yaklaşımlar giderek önem kazanmaktadır (Akyol ve ark., 2015).

1. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz tedavisi; böbrek fonksiyonlarının yerine getirilemediği durumlarda kandaki atık maddelerin, biriken aşırı miktarda suyun, üre ve kreatinin gibi zararlı maddelerin yarı geçirgen bir membran aracılığıyla vücuttan uzaklaştırıldığı bir renal replasman tedavisidir (Karabey ve Karagözoğlu, 2021). Hemodiyaliz tedavisinin temel amaçları, hastada üremik semptomları (yorgunluk, halsizlik, dispne, üremik fetor vs.) azaltmak, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliklerini kontrol altında tutmak, hastanın yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Basile ve ark., 2020).

Evre 5 kronik böbrek yetmezliği hastalarında ve akut böbrek yetmezliğine bağlı böbrek hasarı oluşan hastalarda hemodiyaliz tedavisi uygulanabilmektedir. Özellikle kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam boyu hemodiyaliz tedavisini sürdürmeleri ve böbrek fonksiyonlarını en üst düzeyde tutmaları gerekmektedir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) evreleri tablo 1’de gösterilmiştir. Glomerüler filtrasyon hızının (GFR) sağlıklı bireylerde 90 mL/dk/1.73m² üzerinde olması beklenirken hemodiyaliz tedavisi gerektiren hastalarda GFR 15 mL/dk/1.73m² altına düşmüştür. Bu hastalarda genellikle hemodiyaliz tedavisi tercih edilirken yanıt alınamadığı durumlarda böbrek transplantasyonu da tercih edilebilmektedir (Topbaş, 2015).

Renal replasman tedavileri arasında en iyi yaşam kalitesi ve sağkalım bildirilen tedavi yönteminin böbrek transplantasyonu olduğu belirtilse de organ bulunulabilirliği sınırlı düzeyde olduğu için, standart hemodiyaliz tedavisinin son dönem böbrek hastalarında en yaygın yöntem olarak kullanılmaya devam edildiği belirtilmektedir (Malchesky, 2019).

Tablo 1. Kronik böbrek yetmezliği evreleri (Topbaş, 2015).

Evre	GFR (mL/dk/1.73m²)	Tanımı	Açıklama
Evre 1	≥ 90	Normal veya Artmış GFR	Böbrek hasarı vardır ancak GFR normal seviyededir.
Evre 2	60-89	Hafif Böbrek Hasarı	GFR düşmüştür, ancak klinik bulgular hafiftir.
Evre 3a	45-59	Hafif-Orta Dereceli Azalma	Böbrek fonksiyonlarında daha belirgin bir azalma vardır.
Evre 3b	30-44	Orta Dereceli Azalma	Daha ciddi böbrek fonksiyon kaybı vardır.
Evre 4	15-29	İleri Düzeyde Azalma	Ciddi böbrek hasarı ve semptomlar ortaya çıkar.
Evre 5	< 15	Böbrek Yetmezliği (Son Dönem)	Böbrek fonksiyonları yetersizdir, diyaliz gerekir.

Hemodiyaliz alan hastalarda düşük yaşam kalitesi, orta ve büyük moleküler ağırlıktaki maddelerin yetersiz klirensi, yüksek enfeksiyon, yüksek kardiyovasküler hastalık insidansı, yüksek

mortalite ve sağlık bakım maliyetleri gibi birçok olumsuz etki son dönem böbrek yetmezliği hastalarında ya da böbrek transplantasyonu bekleyen hastalarda yaşamın sürdürölmesinde tek tedavi seçeneğini sunan yöntem olmaya devam etmektedir (Malchesky, 2019; Saran ve ark., 2019).

Hemodiyaliz tedavisinin tercih edilme sıklığının her geçen yıl artış gösterdiği belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) son dönem böbrek yetmezliği hastalarının %62,7'sinin hemodiyaliz tedavisi görmekte olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da yaklaşık 350 bin, dünya genelinde ise 3 milyon hemodiyaliz hastası olduğu bildirilmektedir (GBD, 2020). Ülkemizdeki veriler incelendiğinde 2018 yılı raporlarına göre, renal replasman tedavileri içerisinde yaklaşık %75 hemodiyaliz tedavisinin tercih edildiği bildirilmektedir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2018). Türkiye 2022 Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu verilerine göre ise hemodiyaliz tedavisi alan hasta sayısının 61.723 olduğu belirtilmektedir (Ateş, Siyahi ve Koçyiğit, 2022).

Hemodiyaliz tedavisi, hemodiyaliz ünitelerinde veya ev hemodiyalizi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Hastalar genellikle haftada 3-4 kez, ortalama 4 saat hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Hemodiyaliz işlemi için AV fistül, AV greft veya santral venöz kateter gibi geçici veya kalıcı vasküler erişim yollarına ihtiyaç duyulmaktadır (Ovayolu, 2017).

2. Arteriyovenöz Fistül

Hemodiyaliz tedavisi gerekli olan hastalarda bir vasküler erişim yolunun bulunması gerekmektedir. Vasküler erişim yollarında genellikle ilk olarak tercih edilen yol ise AV fistüldür. AV

fistül uygulamasının birçok avantajı bulunmaktadır. Bu avantajlar, yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyon görülme oranının diğer yöntemlere göre daha az olması ve AV fistül ile hastanın diğer vasküler erişim yollarına oranla daha uzun süre sorunsuz bir şekilde hemodiyaliz tedavisini sürdürebilmesidir (Zhang ve ark., 2021).

AV Fistül, hemodiyaliz tedavisi için en uygun erişim yolu olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeninin daha uzun ömürlü olması, güvenli ve sürdürebilir bir vasküler erişime olanak sağlaması ve AV greft ile santral venöz kateterli hastalara oranla daha düşük mortaliteye ve morbiditeye sahip olmasının rolü büyüktür (Ravani ve ark., 2013). Aşağıda verilen Tablo 2'ye 2022 yılı sonunda hemodiyaliz ünitelerinde kullanılmakta olan vasküler erişim yoluna göre hastaların %70'inden fazlasında AV fistül kullandığı belirtilmiştir (Ateş ve ark., 2022).

Tablo 2. 2022 yılı sonu itibarıyla merkez HD hastalarının halen kullanılmakta olan damar erişim yoluna göre dağılımı (Ateş ve ark., 2022).

	n	%
Arteriyo-venöz fistül / Arterio-venous fistula	42.865	70,89
Arteriyo-venöz greft / Arterio-venous graft	527	0,87
Kalıcı (tünelli) kateter / Permanent (tunneled) catheter	14.979	24,77
Geçici (tünelsiz) kateter / Temporary (non-tunneled) catheter	2.095	3,47
Toplam / Total	60.466	100,00

Literatürde yapılan sistematik bir çalışmada AV fistül ile hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ortalama olarak 1000 hasta günü başına görülen komplikasyon oranları incelenmiş, %0,04

anevrizma, %0,11 enfeksiyon, %0,24 tromboz ve %0,03 venöz hipertansiyon geliştiği bildirilmiştir (Al-Jaishi ve ark., 2017).

Arteriyovenöz Fistül, bir arter ile bir ven arasında anastomoz yapılarak oluşturulmaktadır. AV fistül ön ve üst kolun birçok bölgesinde açılabilir. Ön kolda, radiyosefalik bölgede ve el bileğinde, üst kolda ise brakiosefalik veya brakiyobazilik bölgeler tercih edilebilir. Lokal anestezi ile cerrahi bir operasyonun ardından açılan AV fistülün işlevsel hale gelebilmesi için ortalama olarak 4-6 hafta beklenmesi gerekmektedir. AV fistülün diğer damar erişim yollarına göre daha düşük enfeksiyon insidansına sahip olması, açıklığın daha uzun süreli olması ve sağkalım oranlarının daha iyi olması sebebiyle günümüzde ilk sırada tercih edilmeye devam etmektedir (Lok ve ark., 2020).

3. Arteriyovenöz Fistül Kanülasyonu ve Ağrı

Diyaliz hastalarını en çok rahatsız eden durumlardan birisi ağrıdır. Kanülasyon esnasında yaşanan ağrı, iğnenin yerleştirilirken ciltte sebep olduğu yırtılmaya bağlı olarak ağrıya duyarlı olan sinir uçlarının dokuda bir yanıt oluşturmasıyla ortaya çıkmaktadır. (Shabandokht-Zarmi ve ark., 2017).

Arteriyovenöz Fistül kanülasyonu sırasında insizyona bağlı gelişen ağrı, sürekli olarak hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesini etkileyen çok önemli bir semptomdur. Literatür incelendiğinde, AV fistül kanülasyonu sırasında ağrı yaşama durumunun %12-80 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Ozen ve ark., 2022; Bourbonnais ve Tousignant). Sürekli hemodiyaliz tedavisi gören bir hastaya yılda ortalama 312 defa kanülasyon uygulanmakta olup hastaların %57-60,9'unun orta

düzeyde ya da şiddetli düzeyde ağrı yaşadıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (Alzaatreh ve Abdalrahim, 2020; Aitken ve ark., 2013). Hastalarda meydana gelen orta veya şiddetli düzeyde ağrı, ilerleyen süreçte kardiyovasküler ve solunum sistemlerinde komplikasyonlara yol açarak mortalitede artışa sebep olabilmektedir. Ağrının iyi yönetilmesiyle birlikte yaşam kalitesinde artış sağlanması ve ağrıyla ilişkili komplikasyonların görülmesinin de azalması beklenmektedir (Schmidli ve ark., 2018).

Ağrı yönetiminde meydana gelen gelişmelere rağmen, hemodiyaliz hastalarında ağrı ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir (Abunab ve ark., 2021). AVF kanülasyonu esnasında ağrı yaşayan hastalarda stres, depresyon, uyku sorunları ve huzursuzluk gibi sorunların ağrı yaşamayanlara göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Shabandokht-Zarmi ve ark., 2017). Ağrının kronik bir hal almasıyla birlikte hastaların diyaliz tedavisine uyumu bozularak, yaşam kalitesinde de azalmalar meydana gelebilmektedir (Borzou ve ark., 2014).

Kanülasyon esnasında yaşanan ağrıya etki eden faktörlerle ilgili literatürde farklı sonuçların olduğu belirtilmektedir. Ağrı oluşumuna etki eden faktörlerden bazıları şunlardır (Kukita ve ark., 2015; Lok ve ark. 2020):

- İğnenin konik uç yönü,
- Tercih edilen kanülasyon yöntemi,
- Arter iğnesinin yönü,
- Fistülde stenoz varlığı,
- Fistül alanında enfeksiyon varlığı,

- Kanülasyonu gerçekleştiren sağlık profesyonelinin becerisi.

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada iğne konik uç yönüyle ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilirken (Akyol Durmaz ve ark., 2015), farklı çalışmalarda iğne konik uç yönünün aşağı yönde yerleştirilmesiyle ağrı düzeyinin yukarı yönde yerleştirilmesine göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Ozen ve ark., 2022; Crespo Montero ve ark., 2004).

Literatür incelendiğinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda ağrı yönetimine ilişkin birçok öneriye yer verilmektedir. Bu önerilere göre, ağrının şiddeti sistemli bir şekilde sorgulanmalı, hasta ve yakınlarının iyileşme ile ilgili düşünceleri değerlendirilerek tedavi planlaması buna göre yapılmalıdır (Shanamdokht ve ark., 2017). Programlı ve uygun zamanda uygun müdahaleler gerçekleştirilmeli, hasta ve ailesini bir bütün olarak değerlendirerek bütüncül bir bakım verilmelidir. Hemşireler, multidisipliner iş birliği içerisinde hemodiyaliz ünitelerinde hastalarla daha fazla vakit geçiren, tedavi ve semptom yönetiminde önemli rollere sahip olan sağlık profesyonelleri oldukları için ağrı yönetiminde de etkin bir rol oynamaları gerekmektedir. Bu bağlamda hemşireler öncelikle hastanın sözel olarak ağrıyı ifade ettiğinde bunu kabul etmesi ve ağrının özelliklerini tanımlaması gerekmektedir. Hastayla etkili bir iletişim kurarak ağrının yerleşimi, karakteristik özelliği, süresi ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Bunun yanında ağrıyı artıran ve azaltan etkenler belirlenerek, bu etkenlerin yönetimine yönelik hemşirelik girişimleri gerçekleştirilmelidir. Hasta gelişen ağrının özelliklerine göre farmakolojik veya non-farmakolojik yöntemler kullanarak ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Sıcak-soğuk

uygulamalar, gevşeme egzersizleri, masaj gibi birçok non-farmakolojik yöntem ağrının hafifletilmesine yardımcı olmaktadır (Zülfünaz ve ark., 2020).

Hemşireler, ağrının tanımlanması, tedavi planının oluşturulması ve hasta ve yakınlarına destek sağlanmasında önemli rol oynamaktadırlar. Bu bağlamda hemşireler, etkili iletişim kurarak, düzenli farmakolojik tedavi ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen eğitimlerle ağrının başarılı bir şekilde yönetilmesine katkı sağlarlar (Akça ve Arslan, 2015).

4. Arteriyovenöz Fistül Kanülasyonuna Bağlı Gelişen Ağrı Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ağrının yönetilmesinde uygulanan basamaklı ağrı yönetiminin ağrı şiddetine göre; opioid olmayan, zayıf opioid ve güçlü opioidler şeklinde sırayla uygulanabileceği belirtilmektedir. Ağrı yönetiminde uygun olmayan yöntemlerin kullanılmasıyla hasta ve yakınları için fizyolojik, ruhsal, sosyal veya ekonomik zararlara yol açabilmektedir. Hastalar için ilaç tedavisinde daha az yan etkiye neden olan uygulaması basit, invaziv bir girişim gerektirmeyen ve daha düşük maliyetlere sahip olan müdahalelere başvurulabilmektedir (Arslan ve Kılıç, 2022). Bu nedenle non-farmakolojik uygulamalar ağrının hafifletilmesinde sıklıkla tercih edilmektedir. Non-farmakolojik uygulamaların birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar;

- Analjezik ilaçlar gibi yan etkilerinin olmaması,
- Yaşam kalitesini iyileştirmesi,
- Ağrı düzeyini minimal düzeylere indirebilmesi,

- Kolay uygulanabilir olması,
- Kolay ulaşılabilir olması,
- Düşük maliyetlerle uygulanabilmesidir.

Literatür incelendiğinde birçok non-farmakolojik uygulamanın ağrı yönetiminde kullanıldığı görülmektedir. Bunlar, periferal teknikler, aromaterapi, masaj, lavanta yağı, sanal gerçeklik, sıcak-soğuk uygulamalar, müzik dinletisi, aktivite ve egzersiz gibi birçok yöntemi kapsamaktadır (Arslan ve Kılıç, 2022). Aşağıda literatürde uygulanan bazı yöntemlerle ilgili detaylı bilgi verilmektedir.

4.1. Müzik Terapisi

Dikkati başka yöne çekme tekniklerinin hastalarda ağrının azaltılmasında önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Müzik terapi, hastaların dikkatinin dağıtılmasında önemli bir uygulamadır. Bireyin hoşuna giden müzikleri dinlemesiyle vücutta endorfin salınımı gerçekleşebilmektedir. Bunun yanı sıra insan vücudunda hemodinamik bazı değişikliklere (kan basıncının azaltılması, kalp ritminin düşürülmesi, endorfin salınımı gibi) katkı sağlayabilmektedir (Chanda ve Levitin, 2013). Sakinleştirici müziğin dakikada 60-80 vuruşu olduğu bildirilmektedir (Allred, Byers ve Sole, 2011). Sakinleştirici müzik, solunum hızının ve kalp hızında bir azalmayla sonuçlanan parasempatik sinir sisteminin aktivasyonunu artırırken; coşkulu müziklerin kalp hızında ve solunum hızında yükselmeye sebep olan sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu artırdığı bildirilmektedir (Cheng ve Tsai, 2016).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada müzik dinletisinin hemodiyaliz hastalarında AV Fistül kanülasyonuna bağlı oluşan ağrı ve distres üzerine etkisi araştırılmış olup toplam 54 kişi çalışmaya dahil edilmiş (27 deney ve 27 kontrol grubu) ve deney grubuna kendi dinlemek istedikleri müzikler dinletilmiştir. Deney grubuna haftada 3 seansta olmak üzere işlem öncesi 5 dakika ve işle sırasında 5 dakika olmak üzere toplam 10 dakika müzik dinletisi gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna normal prosedür uygulanarak ağrı ve distres düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre 3. seans sonunda hastaların ağrı ve distres düzeylerinde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalma olduğu tespit edilmiş olup yaşam bulgularına anlamlı bir etkinin olmadığı saptanmıştır (Baykan, 2023). Shabandokt-Zarmi ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise hemodiyaliz hastalarında AV fistül kanülasyonunda hastaların kendi belirledikleri müziklerin dinletilmesinin ağrı düzeyine etkisi araştırılmış olup müzik dinleyen grubun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az ağrı hissettiği tespit edilmiştir.

4.2. Nefes Egzersizi

Son yıllarda dikkati başka yöne çekme yöntemlerinden birisi olan nefes egzersizlerinin sıklıkla tercih edildiği bilinmektedir. Nefes egzersizi uygulaması koroner anjiyografi, laparoskopik kolesistektomi ve ortopedik cerrahi gibi birçok işlem sırasında ağrıyı azaltmak için kullanılmış ve başarılı olduğu bildirilmiştir (Foji ve ark., 2015; Jong ve ark., 2012; Chamanzari ve ark., 2013). Son yıllarda ise kan alma veya kanülasyon işlemleri esnasında yaşanan invaziv ağrının azaltılmasında nefes egzersizleri uygulanmaya başlanmıştır.

Nefes egzersizleri ile solunan nefesle akciğer ventilasyonunda artış sağlanarak, vücuda alınan oksijen oranının en üst düzeye çıkması sağlanır. Böylece hastalarda relaksasyon gelişir. Bu relaksasyon da hastanın gevşemesine, rahatlamasına ve hissedilen ağrının azalmasını sağlar. Nefes egzersizleri ile endorfin salınımı sağlanarak yine hastada bir rahatlama ve buna bağlı invaziv ağrıda da azalma hissedilebilmektedir. Yavaşça solunan nefes, otonom sinir sistemini uyarıp, sempatik sinir sisteminden verilen cevabın azalmasına ve parasempatik sinir sisteminin aktivitesinin artmasına yol açar. Böylece hastada hissedilen ağrıda da azalma olması beklenir (Bagheriyan ve ark., 2013).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada nefes egzersizlerinin hemodiyaliz hastalarında AV fistül kanülasyonu sırasında gelişen invaziv ağrıya etkisi incelenmiş, 59 müdahale ve 53 kontrol grubu olarak toplam 112 hasta ile çalışma sürdürülmüştür. Çalışma sonucuna göre nefes egzersizleri yaptırılan grubun kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük düzeyde ağrı hissettiği bildirilmiştir (Çağlar, 2023). Borzou ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise ritmik nefes egzersizlerinin ağrı şiddetine etkisi araştırılmış ve müdahale grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az ağrı olduğu bildirilmiştir. Sadeghpour Marvi ve ark. (2023) tarafından yürütülen çalışmada ritmik nefes egzersizleri ile lidokain sprey uygulamasının etkileri karşılaştırılmış, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, iki grupta da ağrı şiddetinin düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir.

4.3. Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerden üretilen aromatik esansiyel yağların; psikolojik ve fiziksel iyilik halinin sağlanması amacıyla terapötik olarak kullanılmasıdır. (Tayfun, 2019). Sıkma ve damıtma metodu ile oluşturulan esansiyel yağların, sinir sistemi üzerine etki ederek, endorfin ve nöradrenalin salınımına yol açtığı belirtilmektedir. Aromaterapide kullanılan esansiyel yağların; analjezik, antiinflamatuvar, antioksidan ve antibakteriyal etki gösterdiği bildirilmektedir (Bouya ve ark., 2018). Çalışmalarda aromaterapi uygulamasında yaklaşık olarak 40 farklı yağın kullanıldığı ve sıklıkla lavanta, okaliptüs, papatya, biberiye, mercan, yasemin, köşk, tatlı badem, nane, limon, sardunya ve portakalın en popüler esansiyel yağlar olduğu belirtilmektedir (Tüzün Özdemir, 2019, Tayfun, 2019).

Aromaterapi ile hastalarda analjezik etki sağlanarak, ağrının sebep olduğu stres ve anksiyete gibi ruhsal semptomları hafifletmek, yaşam kalitesini iyileştirmek, sakinleştirici bir etki sağlamak hedeflenmektedir (Vaziri ve ark., 2019). Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada hemodiyaliz hastalarında AV fistül uygulaması esnasında gelişen ağrıyı azaltmada lavanta aromaterapisinin etkisi incelenmiş ve çalışmaya toplam 90 hasta dahil edilmiştir. Bir gruba inhaler lavanta yağı, bir gruba topikal lavanta yağı uygulanmış bir grup ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre inhaler ve topikal lavanta yağı uygulamasının ağrı düzeyini azalttığı ve hastalarda herhangi bir komplikasyona yol açmadığı bildirilmiştir (Tüzün Özdemir, 2019). İzadi ve ark. (2023) tarafından hemodiyaliz hastalarında lavanta aromaterapisinin iğne girişimindeki ağrı ve huzursuz bacak sendromu şiddeti üzerine etkisi

bir meta-analiz çalışması olarak incelenmiş ve hastalarda ağrı düzeyinin anlamlı bir şekilde azaldığı bildirilmiştir. Taşan tarafından yapılan başka bir çalışmada ise inhaler yolla uygulanan lavanta yağının hemodiyaliz hastalarında damara erişimi sırasında meydana gelen ağrının azaltılmasında etkili bir uygulama olduğu bildirilmiştir (Taşan, 2018).

4.4. Sıcak-Soğuk Uygulamalar

Sıcak uygulama, yüzeysel bir şekilde 40-45 derecelik ısıнын vücuda temas ettirilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Sıcak uygulamanın kas spazmlarını çözücü ve kan akımını artırıcı etki yaptığı bildirilmektedir. Ayrıca sinirlerde oluşan baskının, gerginliğin ve hipoksinin azalmasını sağlayarak o alandaki ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir (Aştı ve Karadağ, 2016). Soğuk uygulamada ise kaslar soğutularak, kas spazmı ve ödem azaltılmakta, mikro çaptaki sinir liflerinin iletilerini azaltarak ağrı hissinin azalmasına sebep olmaktadır. Ağrının hafifletilmesinde ya da tamamen yok edilmesinde sıcak uygulamaya göre daha uzun etki ettiği belirtilmektedir (Aştı ve Karadağ, 2016). Al Amer ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kriyoterapinin (soğuk uygulama) hemodiyaliz hastalarında AV fistül kanülasyonu sırasında oluşan ağrıya etkisi incelenmiş ve ağrının hafifletilmesinde etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir.

4.5. Sanal Gerçeklik Uygulamaları

Teknolojik gelişmelere paralel olarak, dikkati farklı yöne çekme yöntemlerinden birisi olan sanal gerçeklik gözlüğünün son yıllarda çok sık kullanıldığı belirtilmektedir. Sanal gerçeklik gözlüğü; tıbbi durum değerlendirilmesi, ağrı veya anksiyete

düzeylerinin azaltılması, hastalık veya cerrahi işlem hakkında eğitimler düzenlenmesi gibi birçok durumda tercih edilmektedir. Sanal gerçeklik uygulaması; kişilerin, görüntüye eşlik eden sesler ve karşılık gelen uyaranlar bir kulaklık vasıtasıyla duyularak gerçeklik hissinin uyandırılmasını hedefleyen bilgisayar ortamında oluşturulmuş ortamlarla insan arasındaki etkileşimin gelişmiş bir formudur (Yüce, 2024).

Kişi, başına takılan sanal gerçeklik gözlüğü ile görüntüleri görüp kulaklıktan da sesleri duyarak kendisini izlediği görselin içindeymiş hissiyatı yaşamaktadır. Sanal gerçeklik uygulamasının benzer uygulamalardan ayıran özelliği de bu gerçeklik hissinin oluşmasıdır (Yongjun, Hannah ve Yong, 2017). Uygulaması ve kullanımı maliyetli olmayan, genellikle bir yan etki gözlenmeyen, fiziki, psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan iyileşmede etkin bir rolü olan sanal gerçeklik uygulamasının bu avantajları sayesinde hemşirelik uygulamalarında da tercih edilmektedir (Yüce, 2024).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada sanal gerçeklik uygulamasının AV fistül kanülasyonu sırasında ağrı düzeyine etkisi ve hasta memnuniyeti değerlendirilmiş, sanal gerçeklik gözlüğünün ağrıyı azaltmada etkili bir uygulama olduğu bildirilmiştir (Şen, 2020). Namazinia ve ark. tarafından İran’da gerçekleştirilen ve hemodiyaliz hastalarında sanal gerçeklik gözlüğünün AV fistül kanülasyonu sırasında oluşan ağrı düzeyine etkisinin incelendiği bir başka çalışmada ise sanal gerçeklik uygulanan hastalar orta düzeyde ağrı yaşarken kontrol grubundaki hastaların şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı belirtilmiştir (Namazinia ve ark., 2024).

5. Sonuç

Hemodiyaliz tedavisi son yıllarda giderek yaygınlaşan ve özellikle kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda sıklıkla tercih edilen bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemodiyaliz uygulamasında vasküler erişim yolları büyük önem taşırken, AV fistül uygulamaları uzun süreli kullanım ve birçok avantajı ile en sık tercih edilen damar erişim yolu olarak karşımıza çıkmaktadır. AV fistül kanülasyonu sırasında hastalarda meydana gelen ağrı, hastaların stres ve anksiyete yükünü artırırken, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini de azaltabilmektedir. Bu nedenle özellikle hastalarla en yakın ilişkide olan hemşirelerin ağrının azaltılması noktasında sorumluluk alması gerekmektedir. Ağrının azaltılmasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin yanı sıra komplikasyonlarının az olması, kolay uygulanabilir olması ve maliyetinin daha düşük olması gibi nedeniyle non-farmakolojik yöntemler sıklıkla tercih edilmektedir. Hemşirelerin literatürü takip ederek kanıta dayalı, güncel yaklaşımları hemşirelik planlamalarına dahil etmesinin bu noktada büyük bir önemi bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Abunab HY, Alzaatreh MY, Abdalrahim MS. (2021). Effect of addition of distraction to cryotherapy on arteriovenous cannulation-associated pain: A randomized controlled trial. *Hemodial Int.*, 25(4): 473-478.

Aitken E, McLellan A, Glen J, Serpell M, Mactier R, Clancy M. (2013). Pain resulting from arteriovenous fistulae: prevalence and impact. *Clin Nephrol.*, 80(5): 328-33.

Akyol, A., Mertbilek, A., Kara, L., Karadeniz, D. (2015). Arteriovenöz Fistül Kanülizasyon İşlemi Sırasında Kullanılan Giriş Tekniklerinin Ağrı Düzeyine Olan Etkisinin Saptanması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, (1), (s.10-13). Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/292260>.

Al Amer, H.S., Dator, W.L., Aburab, Hy., Mari, M. (2017). Cryotherapyintion in relieving arteriovenous fictua cannulation-related pain among hemodialysis patients at the king Khalid Hospital, Tabuk, Kingdom at Saudi Arabia, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 28, 1050- 1063.

Allred K.D., Byers J.F., Sole M.L. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety, *Pain Manag. Nurs.*, 11,15e25.

Al-Jaishi AA, Liu AR, Lok CE, Zhang JC, Moist LM. (2017). Complications of the Arteriovenous Fistula: A Systematic Review. *J Am Soc Nephrol.*, 28(6): 1839- 1850.

Alzaatreh MY, Abdalrahim MS. (2020). Management Strategies for Pain Associated with Arteriovenous Fistula

Cannulation: An Integrative Literature Review. Hemodial Int., 24(1): 3-11.

Aştı, A.T., Karadağ, A. (2016). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, sf. 633-667.

Ateş, K., Seyahi, N. ve Koçyiğit İ. (2022). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2022. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf

Bagheriyan S, Borhani F, Abbaszade A, Tehrani H. (2013). Non-pharmacological Interventions for needle-related procedural anxiety in children with Thalassemia. IJBC., 5(4): 123-127.

Basile C, Davenport A, Mitra S, Pal A, Stamatialis D, Chrysochou C, Kirmizis D. (2021). Frontiers in hemodialysis: Innovations and technological advances. Artif Organs. Feb;45(2):175-182. doi: 10.1111/aor.13798. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32780472.

Baykan, S. (2023). Hemodiyaliz Hastalarında Müzik Uygulamasının Arteriovenöz Fistül Kanülasyonu ile İlişkili Ağrı ve Distres Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir Bakırçay Üniversitesi, İzmir.

Biçer, S., Şahin, F., Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi ve Bu Konuda Eğitilmesi. Bozok Tıp Dergisi, 3(3), (s.36-43).

Bourbonnais FF, Tousignant KF. (2012). The pain experience of patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J.*, 39(1): 13-19; quiz 20.

Bouya, S. Ahmadidarehsima, S. Badakhsh, M. Balouchi, A. Koochakzai, M. (2018). Effect of Aromatherapy Interventions on Hemodialysis Complications: A Systematic Review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32(6), (s.130–138). doi:10.1016/j.ctcp.2018.06.008.

Borzou SR, Akbari S, Falahinia GH, Mahjub H. (2013). Effect of rhythmic breathing on pain intensity during insertion of vascular needles in hemodialysis patients. *Hayat.*, 19(4): 6-14.

Chamanzari H, Raffe S, Modarres GM, Ebrahimzade S. (2013). Effect of guided visualization on orthopedic operations pain in traumatic patients. *Horiz Med Sci.*, 19(2): 117-122.

Chanda M.L., Levitin D.J. (2013). The neurochemistry of music, *Trends Cogn. Sci.*, 17,179e193.

Cheng T.H., Tsai C.G. (2016). Female listeners' autonomic responses to dramatic shifts between loud and soft music/sound passages: a study of heavy metal songs, *Front. Psychol.* 7 182e193.

Çağlar, S. (2023). Hemodiyaliz Hastalarında Arteriyovenöz Fistül Kanülasyonu İlişkili Yaşanan İnvaziv Ağrı Üzerine Nefes Egzersizinin Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul.*

Erdoğan, Z. Atık, D. Ö. Çınar, S. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), (s.773–789).

Fila, B. Ibeas, J. Tey, R.R. Lovcic, V. Zibar, L. (2016). Arteriovenous Fistula For Haemodialysis: The Role of Surgical Experience and Vascular Access Education, *Nefrologia*, 36(2), (s.89–94).

Foji S, Tadayonfar MA, Mohsenpour M, Rakhshani MH. (2015). The study of the effect of guided imagery on pain, anxiety and some other hemodynamic factors in patients undergoing coronary angiography. *Complement Ther Clin Pract.*, 21(2): 119-123.

GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2017). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*.2020;395:709–33.

Izadi F, Mazhari SA, Najafi M, Ashoobi MT, Sarafi M, Karkhah S, Ghorbani Vajargah P, Takasi P, Firooz M, Hosseini SJ, Ozen N. (2023). The Effect of Aromatherapy with Lavender on Pain of Needle Insertion and Severity of Restless Legs Syndrome in Hemodialysis Patients; a Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med*. Nov 5;12(1):e4. doi: 10.22037/aaem.v12i1.2071. PMID: 38022715; PMCID: PMC10674070.

Jong M, Pijl A, De Gast H, Sjöling M. (2012). The effects of guided visualization on preoperative anxiety and pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy in a multi-centre RCT study. *BMC Complementary and Alternative Medicine.*, 12(Suppl 1): P184.

Kukita K, Ohira S, Amano I, Naito H, Azuma N, Ikeda K, Kanno Y, Satou T, Sakai S, Sugimoto T, Takemoto Y, Haruguchi H, Minakuchi J, Miyata A, Murotani N, Hirakata H, Tomo T, Akizawa T. (2015). Vascular Access Construction and Repair for Chronic Hemodialysis Guideline Working Group, Japanese Society for Dialysis Therapy. 2011 update Japanese Society for Dialysis Therapy Guidelines of Vascular Access Construction and Repair for Chronic Hemodialysis. *Ther Apher Dial.*, 19 Suppl 1: 1-39.

Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, Allon M, Asif A, Astor BC, Glickman MH, Graham J, Moist LM, Rajan DK, Roberts C, Vachharajani TJ, 44 Valentini RP. (2020). National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis.*, 75(4 Suppl 2): S1-S164.

Malchesky PS. (2019). Renal support: a time to reassess the direction!. *Artif Organs.*;43:615-617.

Namazinia M, Mohajer S, Abbaspour S, Lopez V, Sarbooji-Hoseinabadi T. Effects of virtual reality on pain induced by arteriovenous fistula needle insertion in patients undergoing hemodialysis: A randomized clinical trial. *J Vasc Access.* 2024 Feb 7:11297298231225755. doi: 10.1177/11297298231225755. Epub ahead of print. PMID: 38326286.

Ravani P, Palmer SC, Oliver MJ, Quinn RR, MacRae JM, Tai DJ, Pannu NI, Thomas C, Hemmelgarn BR, Craig JC, Manns B, Tonelli M, Strippoli GF, James MT. (2013). Associations between hemodialysis access type and clinical outcomes: a systematic review. *J Am Soc Nephrol.*, 24(3): 465-473.

Ovayolu, Ö. (2017). Hemodiyaliz (Ö. Ovayolu, Çev.). Böbrek hastalıklarında hemşirelik bakımı (4.Baskı) içinde (s. 116-135). Nobel Akademik Yayıncılık.

Ozen N, Tosun B, Sayilan AA, Eyileten T, Ozen V, Ecdar T, Tosun N. (2022). Effect of the arterial needle bevel position on puncture pain and postremoval bleeding time in hemodialysis patients: A self-controlled, single-blind study. *Hemodial Int.*, 26(4): 503-508.

Özdemir, S. T., Akyol, A. (2019). Hemodiyaliz Hastalarına Arteriyovenöz Fistüle İlişkin Verilen Eğitim Özbakım Davranışlarını Etkiler Mi ? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2019: 14 (2) 45-56.

Sadeghpour Marvi H, Baloochi Beydokhti T, Sajjadi M, Khaleghimanesh B. (2023). Comparing Effects of Rhythmic Breathing and Lidocaine Spray on Pain Intensity During Needle Insertion Into Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Pain Med.* Apr 17;13(2):e126384. doi: 10.5812/aapm-126384. PMID: 37645007; PMCID: PMC10461387.

Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. (2019). United States Renal Data System. 2019 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.*, S0272-6386(19)31009-1.

Shabandokht-Zarmi H, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Mousavinasab SN. (2017). The effect of self-selected soothing music on fistula puncture-related pain in hemodialysis patients. *Complement Ther Clin Pract.*, 29: 53-57.

Schmidli J, Widmer MK, Basile C, et al. (2018). Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018, 55(6): 757-818.

Süleymanlar, G. Ateş, K. Seyahi, N. (2018). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2017, T.C. Sağlık Bakanlığı Ortak ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 1. Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.,(s. 9-17).

Şen, H. (2020). Arteriovenöz Fistül Kanülasyon İşlemi Sırasında Uygulanan Sanal Gerçeklik Gözlüğünün Ağrı ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Taşan, E. (2018) İnhaler Lavantanın Hemodiyaliz Hastalarında Damara Ulaşım Sırasında Oluşan Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

Kanat, T. (2019). Aromaterapi. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, 3, 67-73.

Thamer, M., Lee, T. C., Wasse, H., Glickman, M. H., Qian, J., Gottlieb, D., ... Timothy, A. P. (2018). Medicare Costs Associated With Arteriovenous Fistulas Among US Hemodialysis Patients, 72, (s.10-18). doi:10.1053/j.ajkd.2018.01.034.

Tolasa, A.G., Akyol, A. (2017). Diyaliz Hastalarında Aromaterapi Kullanımı. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2(12), (s.1-7).

Topbaş, E. (2015). Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 53-59.

Tüzün Özdemir, S. (2019). Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistül Uygulaması Sırasında Oluşan Ağrıyla Gidermede Lavanta Aromaterapinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir.

Vaziri, F., Khosropoor, M., Hidari, M., Pourahmad, S., Behbahani, B. M., Saki, F. (2019). The Effect of Aromatherapy by Lavender Oil on Infant Vaccination Pain: a Double Blind Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), (s.17-21). doi:10.15171/jcs.2019.003

Yüce, Y. (2024). Hemşirelik Eğitiminde Sanal Gerçeklik Teknolojisinin Kullanımı. *Sağlık & Bilim, Hemşirelik-III*, 19.

Youngjun, K., Hannah, K., Yong, O.K. (2017). Virtual reality and augmented reality in plastic surgery, A Review. *Arch Plast Surg*, 44 (3), 179-187.

Zhang H, Lu H, Li W, Jiang G, Zou H. (2021). Expert Group of Nephrology Branch of China Academy of Chronic Disease Urology Nephrology and Blood Purification Commission of China Medical Education Association. Expert consensus on the establishment and maintenance of native arteriovenous fistula. *Chronic Dis Transl Med.*, 7(4): 235-253.

BÖLÜM XII

Astımın Gebelikte Yönetimi: Hemşirelik Perspektifi

Döndü ŞANLITÜRK¹

Giriş

Astım tanımı

GINA (Global Initiative for Asthma), astımı, kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize heterojen bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Astımda kronik havayolu inflamasyonu ilişkili bronş aşırı duyarlılığına bağlı olarak geceleri hışıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışıklık ve/veya öksürük nöbetleri gelişmektedir. Bu semptomlar hastalığın progresyonuna göre değişken havayolu obstrüksiyonuyla birlikte seyredip, klinik tablo ve semptomların yoğunluğu zaman içinde değişkenlik gösterebilmektedir (GINA, 2014). Astım uygun bir tedavi ile kontrol altına alınabilir. Astımın kontrol altında olduğunun en iyi klinik göstergesi, az sayıda

¹ Doç. Dr., Tokata Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tokat/Türkiye, Orcid: 0000-0002-2055-759X, donduruna@gop.edu.tr

alevlenme veya atak yaşanmasıdır (TTD, 2016). Astım alevlenmeleri, nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum ve göğüste sıkışma hissi ile karakterizedir ve akciğer fonksiyonunda daha hızlı ve ilerleyici bir bozulma ile ilişkilidir (Soremekun ve ark., 2023).

Gebelikte astım yaygın bir solunum yolu hastalığıdır ve dünya çapında yükü giderek artmış olup, en yaygın halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir (Wang ve ark., 2020). Dünya genelinde gebelikte astım prevalansı %1 ile %18 arasında değişmektedir (GINA, 2023). Gebelik sırasında astım prevalansı ise 2010 yılında yapılan bir çalışmada %28,3, 2024 yılında gerçekleştirilen bir kohort çalışmasında %11,6 olarak bildirilmiştir (Gu ve ark., 2024; Longo ve ark., 2020).

Astımlı gebe kadınların en az üçte biri gebelik sırasında alevlenme yaşamakta ve akut alevlenmelerin olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili olduğuyla ilgili çalışmalar devam etmektedir (Murphy ve ark., 2006; Longo ve ark., 2020; Gu ve ark., 2024). Birçok çalışma, hamile kadınlarda astım insidansı ile preeklampsi (PE), erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz perinatal sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Rejnö ve ark., 2014; Ali ve ark., 2016; Yland ve ark., 2020; Gu ve ark., 2024). Derinleşen araştırmalarla, astımlı hamile kadınlarda olumsuz sonuçların ana ilişkisinin AE olduğu bulunmuştur (Abdullah ve ark. 2020; Robijn ve ark., 2020). Gebelik öncesi tanı konulan astımın dışında gebelik sırasında yeni başlangıçlı astım da gelişebilmektedir. Longo ve arkadaşları (2020) gebelik sırasında teşhis edilen yeni başlangıçlı astımın belirgin bir astım fenotipi veya teşhis edilmemiş latent astımın bir tezahürü olabileceğini ve erken doğum riskini artırdığını bildirmiştir (Longo ve ark., 2020). Gu ve arkadaşları

(2024) astımın gebelik sırasında teşhis edilen gebeler ile gebelikten önce teşhis edilen astımı olan gebelerdeki perinatal sonuçları karşılaştıran bir kohort çalışması gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada gebelikte teşhis edilen astımlı gebelerin tamamının astım alevlenmesi yaşadığı, yine aynı gruptaki gebelerin kronik hipertansiyon, preeklamsi ve erken doğum oranı gebelik öncesi tanı alan gruba göre anlamlı oranda yüksek olduğunu saptamışlardır (Gu ve ark., 2024).

Gebelikte Astım Fizyolojisi

Gebelik, farklı organ sistemlerini değişken şekilde etkileyen derin anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerle ilişkilidir. Değişiklikler döllenmeden kısa bir süre sonra başlar ve gebelik boyunca devam etmektedir. Bu adaptasyonların çoğu hormonal veya mekanik uyaranlara yanıt olarak meydana gelir ve hastalık olarak yanlış yorumlanabilir veya tehlikeye atılmış bir durumu maskeleyebilir. Örneğin, progesteron aracılı vazodilatasyon, rinit olarak ortaya çıkan ve gebelikte epistaksis prevalansının artmasına neden olan artan mukozal vaskülariteye ve ödeme yol açabilir (Mehta ve ark., 2015).

Gebelik sürecinde bebeğe yaşam desteğinin sağlanabilmesi için solunum sisteminin fizyolojisinde de çeşitli değişiklikler oluşmaktadır (Ertem & Ümran, 2016, S:214-219). Hormonal düzeyde gebelikte progesteron, östradiol ve kortizol düzeylerinde artışlar oluşmaktadır. Progesterondaki artışla beraber dakika ventilasyonunda artış olurken pulmoner vasküler rezistansta azalma meydana gelmektedir. Buna karşın beta 2 reseptör cevaplılığında azalma ve hava yolu inflamasyonunda artışa da sebep

olmaktadır (Ertem & Ümran, 2016, S:214-219). Gebelik sırasında solunum sistemindeki mekanik değişiklikler, vücudun karındaki büyüyen uterusu uyum sağlamak için geçirdiği çeşitli adaptasyonlardan kaynaklanmaktadır. Gebelikte diyafram orijinal pozisyonundan yaklaşık 4-5 cm yükselmektedir (Mehta ve ark., 2015). Gebeliğin vücut anatomisi üzerinde oluşturduğu değişiklikler sonucu fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidüel volüm azalmakta, inspiratuvar kapasite ise artmaktadır (Ertem & Ümran, 2016, S:214-219). Yapısal değişiklikler özellikle üçüncü trimestırda solunum işinin artışına ve buna bağlı bazı olgularda dispne yaşanmasına neden olmaktadır (Ertem & Ümran, 2016, S:214-219). Dispne, gebelik sırasında yaygın bir semptomdur ve öncelikle normal fizyolojik değişiklikler nedeniyle sağlıklı gebeliklerin %60 ila %70'ini etkilemektedir (Bidad ve ark., 2010). Artan karın çevresi veya kilo alımı tek başına bu semptomtomu açıklamaya yeterli değildir çünkü birçok kadın bu durumu, bu tür değişiklikler meydana gelmeden önce, erken gebelik döneminde yaşamaktadır (Mehta ve ark., 2015). Burun akıntısı, horlama, hiperemi, hipersekresyon ve ödem de dispneyi arttırmaktadır. Diğer bir hormon olan östrodiol kapiller konjesyon ve mukozal değişikliklere sebep olarak gebelikte solunumsal problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir (Ertem & Ümran, 2016, S:214-219). Solunum sisteminde meydana gelen bu fizyolojik değişikliklere bağlı veya altta yatan yatkınlıkla alakalı gebelik sürecinde astım tanısı konulabilmektedir. Gebelik sürecinde veya öncesinde alınmış astım tanısı gebelik sürecinde uygun şekilde yönetilmediğinde astım alevlenmesi gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bir gebe kadın dispneden şikayet ettiğinde, altta yatan hastalık ile normal gebelikle ilişkili dispne arasında ayırım yapmak

zor bir tanı sorunu olabilir. Genel olarak dispnenin ayırıcı tanısı çok sayıda durumu içerse de, gebelikte özel öneme sahip durumların listesi nispeten küçüktür. Gebede aralıklı olarak derin nefes alma ihtiyacı veya yeterince derin nefes alamama durumu varsa muhtemelen gebeliğe bağlı bir dispne durumu söz konusudur ve özel bir girişim içermemektedir. Dispne hırıltılı solunum veya göğüs sıkışmasıyla birlikteyse astım veya solunumsal hastalıklar düşünülebilir. Ayırıcı tanıda öncesi ve sonrasında brokodilatatör içeren bir spirometre ölçümü yapılmalıdır. Ölçüm sonucuna göre inhale edilen beta agonistler $\pm$ inhale edilen steroidler kullanılabilir (Mehta ve ark., 2015).

Gebelikte ortaya çıkan astımla ilgili değişiklikler doğumdan 3 ay sonra genelde gebelik öncesi düzeyine geri dönmektedir. Tablo 1’de gebeliğin astım üzerindeki fizyolojik etkileri gösterilmiştir.

Tablo 1: Gebeliğin astım üzerinde etkili faktörleri

Astım üzerine olumlu etki sağlayan faktörler
Progesterona bağlı bronkodilatasyon Steroidlere bağlı beta adrenerjik cevap artışı Östrojen veya progesterona bağlı beta adrenerjik bronkodilatasyonda artış Prostaglandin E ₁ ye bağlı bronkodilatasyon Artmış serbest kortizolün akciğer üzerindeki etkileri Histamine bağlı bronkokonstriksiyonda azalma Atrial natriüretik hormona bağlı bronş düz kas dilatasyonu Endojen veya eksojen bronkodilatatörlerin yarı ömrünün uzaması veya proteine bağlanmalarının azalması
Astım üzerine olumsuz etki oluşturan faktörler
Fonksiyonel rezidüel kapasite azalması Prostaglandin F _{2a} 'ya bağlı bronkonstriksiyon Gastroösofagial reflü artışı Bakteriel veya viral infeksiyonlarda artış Glukokortikoid reseptörlere progesteron, aldestron veya deoksikortikosteronun kompetitif bağlanması sonucu kortizol etkilerine karşı pulmoner cevapsızlık gelişmesi Gebelik nedeniyle stres artışı

Kaynak: Ertem & Ümran, 2016, S:214-219

Gebelikte Astım Tanısı

Gebelik sırasında astım tanısı için rutin tanı algoritmasından farklı bir uygulama yapılmamaktadır. Fakat gebelikte tanı koymak zorluklar yaratabilir çünkü metakolin veya histamin ile bronkoprovokasyon testi kontrendikedir (GINA, 2023). Gebelikte ayırıcı tanı için “Gebelik dispnesi” varlığına bakılmaktadır. Gebelik

dispnesi sıklıkla istirahatte gelişmekte ve gebelerin yaklaşık %70'inde görülebilmektedir. Gebelik dispnesi progesteron düzeyiyle alakalı gelişmektedir. Eğer gebede beraberinde havayolu obstruksiyonu, öksürük ve wheezing yoksa astıma bağlı değildir (Astım tanı ve tedavi rehberi, 2020).

Kadın doğum uzmanlarının yeni başlayan semptomların hastalık durumunda bir değişikliğe işaret edip etmediğini ve solunum bölümünden özel bakım ve tedavi gerektirip gerektirmediğini belirlemesi çok önemlidir. İdeal olarak, kadın doğum uzmanları ve solunum uzmanları, gebe kadınların astımın etkili bir şekilde yönetilmesini ve gebelik sırasında optimum solunum sağlığının korunmasını sağlayan uygun müdahaleyi almasını sağlamak için iş birliği yapmalıdır (Gu ve ark., 2024). Ülkemizde olduğu gibi “gebe okulu” bulunan hastanelerin gebe okulunda görevli ebeler bu bağlamda büyük rol düşmektedir. Çünkü gebe ile sürekli iletişim halinde olan ebenin gebedeki solunumsal sıkıntıları farkedip onu uygun şekilde yönlendirmesi yaşanabilecek antenatal komplikasyonların önlenmesi adına çok kıymetlidir.

Astımlı Gebe İzlemi

Astımlı gebenin hastalık kontrol düzeylerinin izlenmesi gerekmektedir. Fetal testlerle ilgili olarak, fundus yüksekliğinde uygun büyümeye sahip iyi kontrol edilen astımlı bir kadında rutin üçüncü trimester ultrasonu düşünülebilir. NAEPP Çalışma Grubu, suboptimal olarak kontrol edilen astımı olan kadınlarda ve orta ila şiddetli astımı olan kadınlarda 32. gebelik haftasından itibaren seri ultrasonlara başlanmasını önermektedir (NAEPP, 2004). Büyüme

uygun değilse, fetal test başlatılmalıdır. Testler, stressiz test (NST), biyofizik profiller (BPP) ve/veya umbilikal arter Doppler akım çalışmalarını içerebilir. Bu tür testlerin sıklığı, hastanın astımının şiddetine veya büyüme kısıtlamasının derecesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Gebelik sırasında uzun süreli sistemik steroid kullanan hastalara doğum ve doğum sırasında stres doz steroidlerinin uygulanması önerilmektedir (Mehta ve ark., 2015). Hem prostaglandin E2 hem de oksitosin indüksiyon ajanları olarak kullanılabilir. Yaşamı tehdit eden doğum sonrası kanamayı tedavi etmek için 15-metil prostaglandin F2-alfa kullanımı kaçınılmaz olabilir, ancak bronkospazma neden olabileceği için astımlı kadınlarda dikkatli kullanılmalıdır. Fentanil, histamin salabilen ve bronkokonstriksiyona neden olabilen morfin ve meperidin yerine tercih edilebilir. Epidural anestezi, oksijen tüketimini ve dakika ventilasyonunu azalttığı ve doğum sırasında acil sezaryen endike olması durumunda genel anesteziye ihtiyaç duyulması olasılığını azalttığı için önerilmektedir (Mehta ve ark., 2015).

Gebelikte Astımı Tetikleyen Faktörler

Gebelik sürecinde astım alevlenmesinin meydana gelmesinde anne yaşı, nulliparite, BKİ ve hem toplam hem de birinci trimesterde alınan aşırı gebelik kilosunun etkili faktörler olduğu düşünülmektedir. Akciğer fonksiyonu seviyesi, sigara içme durumu, astım tedavisi seviyesi, gebelik öncesi alevlenmeler, astım şiddeti ve alerji de gebelikteki astım alevlenmelerini tetikleyen diğer faktörlerdir (Ali ve ark., 2018).

Gebelik öncesinde astım tanısıyla izlenen ve astımı kontrolsüz olan gebelerin hamilelik sresinde astım kontrolü de bozulmaktadır. nceki kontrolszle ek olarak bebeğe zarar verebileceği düşüncesiyle astım ilaçlarının gebelik sırasında bırakılması astımı daha da kötüleştirmektedir (TTD, 2016).

Maternal obezite, gebelik sırasında astım alevlenmesi ve doğum sonrası bebekte astım riskini arttırmaktadır (Hendler ve ark., 2006; Harskamp-van Ginkel ve ark., 2015). Annede obezitenin hem anne hem de çocukluk astımına katkıda bulunabileceği ne sürülmüştür (Ferretti ve ark., 2014; Halonen ve ark., 2013). Annenin kilosuna ve gebelikte alınan kiloya proinflamatuvar mekanizmalar ve yüksek TNF-a ve leptin seviyelerinin neden olduğu öne sürülmüştür (Halonen ve ark., 2013). Astım, kronik hava yolu iltihabı ile karakterizedir ve gebelik sırasında maternal obeziteye neden olduğu iltihap, çocukluk astımına neden olan aynı proinflamatuvar mekanizmalar yoluyla maternal astımı etkileyebilir (Ali ve ark., 2018). Ali ve arkadaşlarının (2018) 1283 gebe ile gerçekleştirdiği kohort çalışmasında; ilk trimesterde aşırı kiloalmı ve toplam maternal kilonun gebelik sırasında astım alevlenmeleri riskinin artmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. İlk trimesterde 5 kg'dan fazla gebelik kilosu, alevlenme riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada tüm gebelik sürecinde alınan toplam gebelik kilosunun 13kilodan fazla olması astım alevlenmesinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Ali ve ark., 2018). Gebelerde maternal obezite yaygındır ve gebeliklerin yaklaşık %50'sinde grlmektedir (Kowal ve ark., 2012). Maternal obezite ile maternal astım kontrolü arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Murphy ve arkadaşları (2005) 146 kadından oluşan prospektif bir kohort

çalışmada gebelik sırasında şiddetli astım alevlenmeleri olan kadınların şiddetli alevlenmeleri olmayan kadınlara göre önemli ölçüde daha az kilo aldığını göstermiştir (Murphy ve ark., 2005). Benzer şekilde Gu ve arkadaşları (2024) 335 gebe ile yaptıkları kohort çalışmasında beden kitle indeksi (BKİ) ile astım alevlenmesi arasında bir ilişki olduğunu ve BKİ'nin astım alevlenmesinde bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır (Gu ve ark., 2024).

Gebelikte Astım Alevlenmesi

Astım alevlenmeleri, uterus büyümesinin neden olduğu mekanik değişiklikler ve gebelik sırasında hormonal değişikliklerin doğrudan veya dolaylı etkileri gibi gebelik sırasındaki belirli patofizyolojik değişiklikler nedeniyle kötüleşebilmektedir (Wang ve ark., 2020). Aynı şekilde astımda meydana gelen proinflamatuvar mekanizmalar da gebelik üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir.

Astım alevlenmesi gebeliğin herhangi bir haftasında gerçekleşebilmektedir. Geçmişten günümüze yapılan çalışmalarda farklı haftalarda alevlenmeler olduğu gösterilmiştir. Gu ve arkadaşlarının çalışmasında alevlenmelerin 25 ila 36. haftalarda; Stenius Aarniala ve arkadaşları (1996) 17 ila 24. haftalarda; Murphy ve arkadaşları (2005) 14 ila 24. haftalarda gerçekleştiği raporlanmıştır (Gu ve ark., 2024; Stenius Aarniala ve ark., 1996).

Astım Alevlenmesinin Sonuçları

Günümüzde yapılmış bir çalışmada şiddetli astım alevlenmesi preeklamsi ve hipertansiyon için bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Gu ve ark., 2024). Şiddetli astım alevlenmeleri ile gestasyonel hipertansiyon ve preeklamsi arasındaki ilişki için en az

iki makul açıklama bulunmaktadır. İlk olarak, astım alevlenmesi sırasında solunum yolu ve kan damarları da dahil olmak üzere düz kasların daralması ve biyoaktif medyatörlerin lokal salınımına bağlanabilir. İkinci olarak, şiddetli astım alevlenmelerini tedavi etmek için yaygın olarak kullanılan kortikosteroidler, gestasyonel hipertansiyon ve preeklamsiye yol açabilir.

Gebelik sırasında astım tanısı alan gebelerde erken doğum oranı daha yüksektir (Gu ve ark., 2024; Longo ve ark., 2020). Astım alevlenmelerinin neden olduğu sitokin konsantrasyonlarının (örn. IL-6, IL-8 ve TNF-a) yükselmesi gibi proinflatuar faktörlerin uterus düz kasının kasılmasına ve zarların erken yırtılmasına neden olduğu öne sürülmüştür (Abdullah ve ark., 2020; Namazy ve ark., 2013).

Gebelikte astım alevlenmesi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebelik yaşına göre küçük bebeklere neden olmaktadır (Namazy ve ark., 2013; Murphy ve ark., 2011).

Gebelikte Astım Kontrolü

Astımı olan gebelerde hastalığın kontrol altında tutulması hem anne hem de bebek açısından hayati öneme sahiptir. Astımın kontrol düzeyi normal hastalarda olduğu gibi astım kontrol testi, astım semptomlarının bir günlük tutularak takibiyle belirlenebilmektedir. Ayrıca FeNO (Fraksiyonel exhale Nitrik Oksit) ölçümünün de gebelerde hastalığın kontrol düzeyinin takibinde kullanılabileceği bildirilmiştir (Powell ve ark., 2011). Powell ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada, FeNO ölçümünün alevlenme riskini öngörerek kurtarıcı ilaç dozunu ayarlama yarar sağladığı,

bu sayede astım alevlenme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir (Powell ve ark., 2011).

Gebelikte Astım Tedavisi

Gebenin sağlığının tam olarak gözetilmesi ve anne karnındaki bebeğin gelişimin etkilenmemesi astımlı gebelerin tedavisinde göz önünde bulundurulacak iki durumdur. NAEPR (National Asthma Expert Panel Report) raporu, astımlı gebelerin gebelik boyunca aldıkları farmakolojik tedavinin, tedavi almayan hastaların alevlenme ile başvurusundan daha güvenli olduğunu ortaya koymuştur (NAEPP, 2004). Gebelikte Kısa Etkili Beta2-Agonistler (SABA) kullanımının gebe ve fetus üzerindeki etkisi konusunda yapılan 190 sistematik derleme ve 156 vaka-kontrol çalışmasında, SABA kullanımının konjenital malformasyon, premature doğum ya da preeklampsi riskinde artışla ilişkisinin olmadığını ortaya koymuştur (Kelly ve ark., 2015).

Gebelikte astım tedavisi olarak inhale kortikosteroidlerin (İKS) güvenliğine dair kapsamlı kanıtlar bulunmaktadır. Bununla birlikte, İKS ile uygun tedavinin olmaması, gebelikte alevlenmeye yol açan en önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak astımlı birçok hamile kadın ve bazı doktorlar, fetal yan etkilerden çekindikleri için astım ilaçları kullanmaktan çekinmektedir; bu durum, akut astım alevlenmesi riskini artırmakta ve daha kötü perinatal sonuçlara neden olabilmektedir (Kim ve ark., 2015).

Gebelikte önerilen tedavi astım semptom ciddiyetine, FEV1 (Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan volüm) ve PEF (Tepe akım hızı) düzeyine ve PEF reverzibilitesine dayanan

basamak tedavisidir (Expert Panel reports-3, 2007). Ulusal Astım Eğitim ve Önleme Programı (The National Asthma Education and Prevention Program-NAEPP) mevcut tüm ilaçların fetal güvenliğine ilişkin kapsamlı verileri inceledikten sonra 2004 yılında astımlı hamile hastaların farmakolojik yönetimine ilişkin kılavuz yayınlamıştır (NAEPP, 2004). Tablo 2, astımın yönetimine yönelik aşamalı bir yaklaşımı özetlemektedir. Hafif aralıklı astım, gerektiğinde inhale edilen kısa etkili bir "rahatlatıcı" (beta-agonist) ilaçla yönetilmelidir (adım 1). Bu kullanım günde bir kereyi aşarsa, steroid "önleyici" inhaler ile düzenli inhale edilen anti-inflamatuar ilaçlara başlanmalıdır (adım 2). Tedavideki bir sonraki adım, uzun etkili bir rahatlatıcının eklenmesi veya inhale edilen steroid dozunun artırılmasıdır (adım 3). Diğer adımlar, lökotrien reseptör antagonisti gibi ek tedavilerin denenmesini içerir (adım 4). Yukarıdaki önlemlerin hiçbirisi yeterli kontrolü sağlayamazsa, o zaman oral steroidlerin sık veya sürekli kullanımı gerekli hale gelir (adım 5). Hala sigara içen herhangi bir kadının derhal sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir, çünkü bu şüphesiz önemli bir tetikleyici faktör olarak hareket eder. Yukarıdaki ilaçların hepsinin gebelik ve emzirme döneminde güvenli olduğu gösterilmiştir. Bu, kadınların önemli antiinflamatuar inhalasyon tedavisini kendi kendilerine bırakmamaları için gebelik öncesi veya erken gebelik danışmanlığında vurgulanmalıdır. Astımlı gebe kadınlara düşük doz aspirin almaları tavsiye edilmeden önce (örn. preeklampsi profilaksisi veya antifosfolipid antikor sendromu) aspirin duyarlılığı öyküsü sorulmalıdır. Hastanın gastroözofajial reflüsü olduğu belirlenirse, proton pompası inhibitörü veya histamin H2 blokeri ile tedavi başlatılmalıdır (NAEPP, 2004).

Tablo 2. Gebelikte astım yönetimi: Tercih edilen tedavilere yönelik aşamalı yaklaşım

Adım	Tedavi
Adım 1 (hafif aralıklı)	Günlük ilaca gerek yok. Semptomlar için ihtiyaç duyulduğunda kısa etkili inhale beta2-agonistler (albuterol: ®Ventolin and ®Proair)
Adım 2 (hafif kalıcı)	Düşük doz inhale kortikosteroid
Adım 3 (orta kalıcı, günlük semptomlar)	Düşük doz inhale kortikosteroidler artı uzun etkili beta2-agonist VEYA orta doz inhale kortikosteroidler
4. Adım (Şiddetli kalıcı, sürekli semptomlar, sık görülen gece semptomları)	Yüksek doz inhale kortikosteroidler artı uzun etkili inhale beta2-agonist ve gerekirse sistemik steroidler

Kaynak: NAEPP, 2004

Gebe Astımlılarda Hemşirelik Yönetimi

Astım yönetimi, astım durumunu dinamik olarak değerlendirerek, eşlik eden hastalıkları ele alarak, alerjenlerle temastan kaçınarak ve ilaçları düzenli olarak kullanarak şiddetli alevlenmelerin oluşumunu en aza indirmeye odaklanmalıdır (Gu ve ark., 2024).

Aşağıda gebelikte astım yönetimindeki hemşirelik girişimleri maddeler halinde sunulmuştur.

- Gebelik sırasında astım ilaçlarının bebek üzerinde yan etki oluşturmasından endişelenen gebeler tedaviyi bırakmakta ve astım kontrolü bozulmaktadır. Gebeler ilaçlarını bırakmamaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır (TTD, 2016).
- Gebeliğin herhangi bir haftasında astım alevlenmesi yaşanması olası olduğundan, alevlenmenin olumsuz etkilerini azaltmak adına gebeler astım semptomları açısından daha dikkatli izlenmelidir (Gu ve ark., 2024).
- Dispne gebeliğin vücut üzerindeki hormonal ve yapısal değişiklikleri nedeniyle her üç gebeden ikisinde görülmektedir. Bu yüzden dispnenin ayırıcı tanılmasının yapılması çok önemlidir. Dispneye hırıltılı solunum ve göğüs sıkışması eşlik ediyorsa astım ve solunumsal hastalık belirtisi olabileceği için göğüs hastalıkları uzmanına mutlaka başvuru yapılması konusunda uyarılmalıdır (Mehta ve ark., 2015).
- Gebeleri takip eden sağlık profesyonelleri astım semptomları açısından uyanık olmalı ve gerektiğinde gebeyi bir solunum uzmanına yönlendirmeli. Tıbbi tedaviler gestasyonel hipertansiyon ve preeklamsiyi azaltmak için şiddetli astım alevlerini önlemeye odaklanmalıdır (Gu ve ark., 2024).
- Astımda tetikleyicilerden uzaklaşmak çok önemlidir. Gebe astımlılar da aynı şekilde semptomlara neden olan maruziyetlerden uzak durmalıdır. Özellikle sigara gebelik

sürecinde kesinlikle kullanılmamalı ve sigara dumanına maruz kalınmamalıdır. Sigara bıraktırmada kullanılan Nikotin replasman tedavisi düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski oluşturacağı için gebelik sürecinde önerilmemektedir (Astım tanı ve tedavi rehberi, 2020).

- Bebeğe zarar verme düşüncesine bağlı tedavide uyumsuzluğu önlemek için eğitim çok önemlidir. Gebe astımlılar gebelik sürecinde astım yönetimi konusunda çok ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Özellikle doktor önerisiyle kullanabileceği astım ilaçlarının güvenli olduğu, bebeğe zararı olmayacağını aksine astımının kontrol altında olmasının zararları ve gebe astımlı ile gebe olmayan astımlının ilaç tedavisinde değişiklik olmadığı detaylı bir şekilde anlatılmalıdır (Astım tanı ve tedavi rehberi, 2020).

Sonuç

Astımın gebelik sonuçları üzerinde bir etkisi olabileceği gibi gebeliğin de astımın seyrini etkilediği aşikardır. Dolayısıyla var olan astımlı gebelerin dikkatli izlenmesi çok önemlidir. Bunun yanında gebelik sırasında da astım tanısı alınabileceği ve bunun sonuçlarının daha kötü olabileceği akıldan çıkarılmamalı ve gebeler astım açısından gebeliğin her haftasında dikkatle takip edilmelidir. Çalışmalar gebelikte astım alevlenmesinin erken doğum, düşük doğum ağırlığı, hipertansiyon, preeklamsi ve gebelik yaşına göre küçük bebeklere neden olduğunu göstermektedir. Özellikle gebeliğin son haftalarında gebelik sırasında tanı almış gebelerde erken doğumu önlemek için gebelerdeki karın ağrısı ve vajinal kanama semptomlarını göz ardı edilmemelidir. Eğitim ve

yönlendirme gebelikte astım yönetimi açısından çok önemlidir. Özellikle bebeğe zarar verir düşüncesiyle bırakılan astım ilaçlarının neden olduğu alevlenmelerin olumsuz sonuçları konusunda gebelere mutlaka eğitim verilmelidir. Gebe eğitiminin yanısıra gebe takibi yapan sağlık profesyonellerinin de mutlaka gebelik ve astım ilişkisi ve yönetimi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

Abdullah K, Zhu J, Gershon A, Dell S, To T. Effect of asthma exacerbation during pregnancy in women with asthma: a population-based cohort study. *European Respiratory Journal*, 2020; 55, 1901335.

Ali Z, Nilas L, Ulrik CS. Low risk of adverse obstetrical and perinatal outcome in pregnancies complicated by asthma: a case control study. *Respiratory Medicine*, 2016; 120, 124-30.

Bidad K, Heidarnazhad H, Pourpak Z, Ramazanzadeh F, Zendehdel N, Moin M. Frequency of asthma as the cause of dyspnea in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010; 111, 140-3.

Ertem, G. Ümran, S. (2016). *Perinatoloji ve Bakım*. (1. Basım). Ankara. [Ankara Nobel Tıp Kitabevleri](#).

Expert Panel reports-3: guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-summary report. 2007. Accessed date: 11.11.2024. Accessed at, <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>

Ferretti, G., Cester, AM., Bacchetti, T., Raffaelli, F., Vignini, A., Orici, F., et al. (2014). Leptin and paraoxonase activity in cord blood from obese mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27, 1353-6.

GINA (Global Initiative for Asthma). Global Strategy for Asthma Management. 2024. Accessed date: 11.11.2024. Accessed at, https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf

Gu, J., Li, T., Ding, Y., Chang, C., Yin, S., Wang, Y. (2024). Effects of Pregnancy-Onset Asthma on Perinatal Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 12(9), 2408-2414.e2. doi: 10.1016/j.jaip.2024.06.011.

Halonen, M., Lohman, IC., Stern, DA., Ellis, WL., Rothers, J., Wright, AL. (2013). Perinatal tumor necrosis factor-alpha production, influenced by maternal pregnancy weight gain, predicts childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188, 35-41.

Harskamp-van Ginkel, MW., London, SJ., Magnus, MC., Gademan, MG., Vrijkotte, TG. (2015). A study on mediation by offspring BMI in the association between maternal obesity and child respiratory outcomes in the Amsterdam Born and Their Development Study Cohort. *PLoS One*, 10, e0140641.

Hendler, I., Schatz, M., Momirova, V., Wise, R., Landon, M., Mabie, W, et al. (2006). Association of obesity with pulmonary and nonpulmonary complications of pregnancy in asthmatic women. *Obstetrics & Gynecology*, 108, 77-82.

Kelly, W., Massoumi, A., Lazarus, A. (2015). Asthma in pregnancy: Physiology, diagnosis, and management. *Postgraduate Medicine*, 127(4), 349-58. doi: 10.1080/00325481.2015.1016386.

Kowal, C., Kuk, J., Tamim, H. (2012). Characteristics of weight gain in pregnancy among Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 668-76.

Longo, C., Forget, A, (2020). Schnitzer M, Blais L. Timing of maternal asthma diagnosis in relation to adverse perinatal outcomes. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8, 1938-1946.e4.

Managing Asthma During Pregnancy. Recommendations for pharmacologic treatment. National InstituteS of Health NH, Lung, and Blood Institute 2004. Accessed at, http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/astpreg_qr.pdf.

Mehta, N., Chen, K., Hardy, E., Powrie, R. (2015). Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29, 598e611. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.005>

Murphy, V., Namazy, J., Powell, H., et al. (2011). A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 1314–1323.

Murphy, VE., Gibson, P., Talbot, PI., Clifton, VL. (2005). Severe asthma exacerbations during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1046-54.

Namazy, JA., Murphy, VE., Powell, H., Gibson, PG., Chambers, C., Schatz, M. (2013). Effects of asthma severity, exacerbations and oral corticosteroids on perinatal outcomes. *European Respiratory Journal*, 41:1082-90

Powell, H., Murphy, V., Taylor, D., Hensley, M., McCaffrey, K., Giles, W. et al. Management of asthma in pregnancy guided by measurement of fraction of exhaled nitric oxide: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, 2011; 378, 983–990.

Rejnö, G., Lundholm, C., Gong, T., Larsson, K., Saltvedt, S., Almqvist, C. (2014). Asthma during pregnancy in a population-based study—pregnancy complications and adverse perinatal outcomes. *PLoS One*, 9, e104755.

Robijn, AL., Brew, BK., Jensen, ME., Rejnö, G., Lundholm, C., Murphy, VE., et al. (2020). Effect of maternal asthma exacerbations on perinatal outcomes: a populationbased study. *ERJ Open Research*, 6, 00295-2020.

Soremekun, S., Heaney, LG., Skinner, D., Bulathsinhala, L., Carter, V., Chaudhry, I., et al. (2023). Asthma exacerbations are associated with a decline in lung function: a longitudinal population-based study. *Thorax*, 78, 643-52.

Stenius-Aarniala, BS., Hedman, J., Teramo, KA. (1996). Acute asthma during pregnancy. *Thorax*, 51, 411-4.

Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi [TTD] (2016 güncellemesi). Astımın tanımı ve epidemiyolojisi. Erişim tarihi 11.11.2024, erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/2109b422ca4358f59497baaf8a744af15ea33bdca7993a5e948d4b64e8b75091.pdf

Wang, H., Li, N., Huang, H. (2020). Asthma in Pregnancy: Pathophysiology, Diagnosis, Whole-Course Management, and Medication Safety. *Canadian Respiratory Journal*, 22(2020), 9046842. doi: 10.1155/2020/9046842.

Yland, JJ., Bateman, BT., Huybrechts, KF., Brill, G., Schatz, MX., Wurst, KE., et al. (2020). Perinatal outcomes associated with maternal asthma and its severity and control during pregnancy. *The*

Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 8, 1928-1937.e3.

BÖLÜM XIII

Hemşirelikte Dönüşümcü Liderlik Esmâ Başaran

Esmâ Başaran

Liderlik karizması

Liderlik karizması güven, hayranlık, saygı ve itimat oluşturur (Bass vd., 2003) ve çalışanlara bir misyon duygusu kazandırır (Northouse, 2010). Bunun gerçekleşmesi için hemşire liderlerinin, çalışanlarının taklit etmeye çalıştığı rol modelleri olması gerekir (Hay, 2006; Ilies vd., 2012). Bir lider, çalışanlar için bir rol modeli olduğunda, değişime veya uygulanacak yeni girişimlere karşı direnç olması olasılığı azalır (Wang vd., 2011). Bu idealize edilmiş etki, hizmetin/birimin felsefesi ve ahlakı ile misyon beyanında özetlenebilir. Lider, ideal olarak, bu beyanların tasarımı ve uygulanmasında çalışanları, aileleri ve hizmet kullanıcılarını dahil etmelidir.

Ancak, bu paylaşılan vizyona rağmen, rol model olarak liderler, misyon beyanına başkalarını dahil etmekte zorluk çekebilirler. Tarihsel olarak, personel kıdemlerine, yöneticilerin unsurlarını yansıtmaya yeteneklerine ve organizasyonun kurallarına ve yönetmeliklerine uymalarına göre terfi ettiriliyordu (Porter-O'Grady, 1992). Bu tarihi seçim süreci sürekliliğe izin veriyordu ve organizasyonların sürdürülebilirliği için çok az tehdit oluşturmuyordu; bu sistemdeki yöneticilerin çoğu uzmanlıklarını ve becerilerini iş başında kazandıkça, mevcut hiyerarşik yaklaşımı yansıtmaya eğilimindeydiler (Porter-O'Grady, 1992; Murphy, 2005). Hemşire yönetiminin bugününü ve geleceğini anlamak için geçmişini anlamamız ve bazı organizasyonların ancak şimdi bu tarihi sürecin etkilerinin ötesine geçtiğini kabul etmemiz gerekir. Tıpkı hemşirelerin bilgilerini sürekli olarak güncellemeleri ve bilgeliği uygulamaktan ziyade kanıta dayalı bir yaklaşımla hareket etmeleri gerektiği gibi (Doody ve Doody, 2011), hemşire liderleri söz konusu olduğunda da aynı şey geçerlidir. Hemşire liderlerinin etkili olabilmeleri için karizmatik olmaları gerekir; karizma, liderin arzuladığı vizyon ve hedeflere karşı sevgi ve bağlılık uyandıran çekicilik, ikna edicilik, öz güven ve sıra dışı fikirler gibi kişisel niteliklere dayanır (Ward, 2002; Sullivan ve Decker, 2009). Hemşire liderleri yüksek ahlaki duruşları ve misyon duygusu nedeniyle takdir edilmelidir (Bass, 1995; Northhouse, 2010). Bu, personel ve personel sorunlarını yönetirken yaklaşımlarında ve yaklaşımlarındaki tutarlılıkta sergilenebilir. Hemşirelikte, bir birim düzeyinde doğrudan liderlik rollerinde olanlar ve bir hizmet düzeyinde daha yüksek liderlik rollerinde olanlar gibi birçok düzeyde lider vardır. Bu, özellikle nihai kararların verilmesi

gerektiğinde, sıklıkla çatışmaya ve kontrol arayışına yol açabilir. Personel fikirleri doğrudan liderlik rolleri aracılığıyla iletilirken, doğrudan liderleri personel ve müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken, stratejik ve organizasyonel konulara daha fazla vurgu yapan üst liderler tarafından kısıtlandıklarında savunmasız bir konuma sokabilir; bu genellikle bütçe kısıtlamaları veya doğrudan liderin farkında olmadığı diğer konular nedeniyle eylemlerin ve kararların engellenmesiyle sonuçlanır. Doğrudan liderler personeline rehberlik ve destek sunarken, personelin ihtiyaç duyduğu desteği kendi vizyonları ve hedefleriyle dengelemek ve bunların genel organizasyon liderlik tarzı, vizyonu ve hedefleriyle nasıl uyumlu olduğunu belirlemek zorunda oldukları için zor bir konumdadırlar (Casida ve Parker, 2011). Kendilerine güvenmeli ve vizyonlarını personele iletmeli, aynı zamanda paylaşılan bir vizyon zorlukla karşılaştığında rolleri içindeki kısıtlamaları belirlemelidirler.

Lider motivasyonu

Lider motivasyonu, başkalarını organizasyonun hedeflerine ve özelemlerine ulaşmaya teşvik ederken aynı zamanda kendi hedeflerine ulaşmalarını da içerir (Bally, 2007). Motivasyon, şüphesiz sağlık hizmetlerinin önemli bir unsurudur çünkü motivasyon performansı ve müşteri bakımını etkiler (Sullivan ve Decker, 2009). Liderler çalışanlara yüksek beklentiler iletir ve onları organizasyonun vizyonunu paylaşmaları için motivasyon yoluyla teşvik eder (Northouse, 2010; Carney, 2011). Hemşire liderler, bir organizasyonda yönetici kararlarının alındığı komitelerde ön saflardaki personelin temsil edilmesini sağlamalıdır. Bazı organizasyonlarda doğrudan liderleri ön saflardaki personelin

temsalcisi olarak görme eğilimi vardır; ancak daha önce belirtildiği gibi, bu liderler tüm bakış açılarını dengelemekte zorluk çekmektedir. Ön saflardaki personelin komitelerde temsil edilmesini sağlamak, sorumlulukların yanı sıra yeni beceriler öğrenme ve güçlendirilme fırsatları da sağlar (Laschinger vd., 2003; Scherb vd., 2011). Birçok yazar motivasyonu incelemiş ve bununla ilgili teoriler geliştirmiş olsa da, bunlar genel olarak iki ayrı gruba ayrılabilir: içerik teorileri ve süreç teorileri (Sullivan ve Garland, 2010). İçerik teorileri bireysel ihtiyaçlara ve bu ihtiyaçları neyin tatmin ettiğine odaklanır.

Literatürde en yaygın kullanılan Maslow'un (1954) ihtiyaçlar hiyerarşisidir; buna göre bir seviyedeki ihtiyaçların karşılanması daha yüksek seviyedeki bir ihtiyacı harekete geçirir. Aile dostu bir iş yeri yaratmak için kalıcı, yarı zamanlı ve iş paylaşımı rolleri sunan kuruluşlar iş memnuniyetini artırır ve hizmete bağlı bir ilişki için çabalayan personele sahiptir (Sullivan ve Decker, 2009).

Süreç teorileri motivasyonun bir bireyi performansa yönlendirmek için nasıl çalıştığını vurgular ve liderlerin belirli koşullarda çalışan davranışlarını tahmin etmelerine yardımcı olur. Örnekler arasında pekiştirme teorisi, eşitlik teorisi ve hedef belirleme teorisi bulunur (Sullivan ve Decker, 2009). Hemşire liderleri, bakım hizmetine dahil olan tüm personel seviyeleri için, belirlenen ihtiyaçlara ve uygulama alanlarıyla ilgili sürekli eğitim gelişimine dayalı olarak hizmet içi eğitim ve öğretimi desteklemelidir. Ayrıca, hemşire liderleri, tüm yeni personel üyelerine birime, vizyonuna, hedeflerine ve beklentilerine yönelik bir oryantasyon dönemi verilmesini sağlamalıdır. Motivasyon için doğru bir teori olmayabilir, bu nedenle liderler teorileri

birleştirmelidir, böylece etkileri birbirini tamamlar (Moody ve Pesut, 2006). Liderler, saf personel motivasyonu alanından çıkıp, daha yüksek bir amaç tarafından beslenen, coşku ve tutku yaratan, personeli organizasyonun hedeflerine bağımsız olarak ulaştırmaya yönlendiren içsel bir dürtü aşıladığı için ilham verici liderliği benimsemelidir (Salanova ve diğerleri, 2011). İlham verici olmak için hemşire liderlerinin, takipçilerin organizasyon veya liderin yararına kendi değerlerinden vazgeçmeye ikna edilebileceği (Bass ve Steidlmeier, 2006) gerçeklikten çok fantezi olan çiçekli bir gelecek vizyonu çizmeleri gerekir (Bass, 1997). Ancak, çok az hemşire lideri gerçekten ilham vericidir, çünkü liderlik becerileri geleneksel hiyerarşik sistemler ve uygulama bilgeliği temelinde oluşturulmuştur (Bishop, 2009). Etkili motivasyon için çabalarırken, astlara kademeli bir etki yaratmak için liderlik eğitiminin verilmesi gerekir (Oshagbemi ve Gill, 2004; Bass ve Riggio, 2006). İlham verici bir hizmetteki çalışanlar, görevin zevke dönüştüğü ve zevkin görevle birleştiği (Maslow, 2000; Salanova ve diğerleri, 2011) iş ahlakı ve işlerine yaptıkları katkının önemi konusunda tutkulu hissederler.

Entelektüel etki

Entelektüel etki, personel yenilikçiliğini teşvik eder, personelin, liderin ve hizmetin inançlarını zorlar (Northouse, 2010). Dönüşümcü liderler, yeni fikirlerin önerilmesini teşvik eder, personeli kanıta dayalı uygulama kullanarak sorunlara yeni yollarla yaklaşmaya yetkilendirir (Barbuto, 2005; Gheith, 2010). Kütüphane, bilgisayar ve BT olanakları mevcut olmalıdır, bu da müşteri bakımını geliştirmek ve en iyi uygulamayı teşvik etmek için sürekli öğrenmeyi güçlendirecektir. Dönüşümcü liderliğin temel bir

düşüncesi, tüm personelin resmi ve gayri resmi eğitimi/öğrenimidir (Dignam vd., 2012) bilgiyi hizmet ve müşteri beklentileriyle uyumlu hale getirmek ve korumak (İrlanda Hükümeti, 1998) ve personeli yenilikçi olmaya teşvik etmektir (Northouse, 2010). Uygulamanın 'her zaman yaptığımız gibi' olmaktan ziyade kanıta dayalı olması gerekir (An Bord Altranais, 2000). Kuruluşlar resmi veya gayri resmi olarak daha fazla eğitimi teşvik edip destekleseler bile, hemşirelerin öğrenimlerini çalışma yapma pozisyonunda olmayan diğer ekip üyeleriyle paylaşmaları için genellikle bir yükümlülük yoktur. Bu nedenle, doğrudan hemşire lideri, çalışmalar ve kurslar yapan personelin bilgilerini ekiple paylaşmasını ve kanıta dayalı uygulamayı desteklemek için makaleler veya broşürler sağlamasını sağlamalıdır (Clegg, 2000). Bunu pratikte uygulamak zor olsa da, sunumlar ve yöntemler aracılığıyla bilgi ve bilgiyi yaymak için resmi destek alan hemşirelere sorumluluk verilmelidir. Bu önemlidir veya ekip üyeleri, destek alan 'elit' hemşireyle karşılaştırıldığında değersiz hissedebilir; personel bu yayılımı kariyer yollarında ilerlemelerini desteklemenin bir yolu olarak görecektir. Entelektüel uyarım arzu edilir olsa da, uzun vadede sürekli olarak yeni şeyler yapma yolları yaratmaya çalışmak personel stresi ve tükenmişlik riski taşır (Wang ve diğerleri, 2011). Ek olarak, yüksek çalışan devir oranı, uzun vadeli personelin, ekip üyelerinin devamlılığı ve yakınlığı eksikliği nedeniyle sürekli olarak kırılan bir motivasyon zincirinin parçası olmasına neden olabilir (Force, 2005).

Bireyselleştirilmiş ilgi

Bireyselleştirilmiş ilgi kapsamında, liderler bireyleri daha yüksek başarı seviyelerine ulaşmaya teşvik eder ve destekler, tam gerçekleşmeye yardımcı olur (Northouse, 2010), lider bir

danışmanlık kapasitesiyle hareket eder. Ancak, kendini gerçekleştirme zordur ve genellikle ulaşılamazdır (Northouse, 2010). Kuruluşlardaki liderler, personele özen göstermeli ve özellikle ihtiyaç zamanlarında, liderlerin personellerine karşı bir özen gösterme görevi olduğu için, liderin destekleyici bir rolde hareket ettiğine dair güçlü bir his olmalıdır. Destek, düzenli olumlu geri bildirimler ve personel değerlendirmeleri yoluyla gerçekleşebilir; bunlar yapılmazsa, personel değersizleşebilir ve etkili üyeler diğer ekip üyelerini taşımaktan yorulabilir, bu da yüksek devamsızlığa yol açabilir (Weberg, 2010). Performansla ilgili olumlu geri bildirim sağlayan liderler öz saygıyı ve performansı artırır (Riahi, 2011). Değerlendirme sistemi içinde, hemşire lideri kişisel gelişim planları, akran değerlendirmeleri ve 360° değerlendirmeler hazırlamalıdır (Kerfoot, 2002). Geleneksel, tekil, yukarıdan aşağıya yöntemle karşılaştırıldığında, 360° değerlendirmelerin tüm ekip üyelerinin yapıcı ve etkili bir şekilde gerçek bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağladığına inanılmaktadır. Ancak, zaman alıcıdır, kaynak yoğun ve büyük bir dikkatle ele alınmalıdır. Bu format, her üyenin değerlendirmeye açık bir şekilde katkıda bulunmasını ve açık ve etkili ekip çalışmasını desteklemesini sağlamak için tasarlanmış olsa da, amaç, temel kurallar ve uygun kolaylaştırma mekanizması yerinde olmadığı sürece ters etki yapabilir. Güçlendirme, dönüşümsel liderin temel bileşenlerinden biridir (Bowles ve Bowles, 2000) ve bu sayede personel öz yeterliliği artırılarak işleri daha başarılı bir şekilde tamamlamaları sağlanır (Tomey, 2009). Üretken liderler, güçlendirmenin etkili olması için organizasyonun tüm seviyelerinde faaliyet göstermelidir (Laschinger ve diğerleri, 2003). Bir

güçlendirme stratejisi birçok liderlik yeterliliğini içerir. Tablo 1, literatürdeki bazı stratejileri listeler.

Tablo 1 Liderlik yeterlilikleri

<i>Sofarelli and Brown (1998)</i>	<i>Contino (2004)</i>
1. Dikkat yönetimi 2. Anlam yönetimi 3. Güven yönetimi 4. Öz yönetimi	1. Organizasyonel yönetim • Zamanı yönetme • Bilgiyi yönetme • İnsan kaynaklarını yönetme • Değişimi yönetme • Gelir ve giderleri yönetme 2. İletişim/iletişim becerileri • Vizyonu iletme • Organizasyon yapısını iletme • Sürekli öğrenmeyi iletme • Değişimi iletme 3. Analiz ve stratejik planlama • Dahili verilerin analizi • Harici fırsatlar için strateji oluşturma • Etkili karar alma için strateji oluşturma • Değişim stratejisi için analiz ve bunu oluşturma • Bir iş planı için strateji oluşturma 4. Yaratma/vizyon • Çalışanlar için fırsat oluşturma • Müşterileriniz için değer oluşturma • Sürekli iyileştirme ve hata azaltma yoluyla kalite oluşturma • Stratejik ortaklarla ilişkiler oluşturma

Doğrudan hemşire yöneticileri, hemşirelik ekibindeki her kademedeki personelin görüşlerini dile getirme ve daha etkili bir şekilde müşteri bakımını sağlamak için topluca hedefler ve stratejiler oluşturma fırsatına sahip olduğu düzenli ekip toplantıları düzenleyerek personeli güçlendirebilir. Bu, personelin birimin önceliği ve yeterli personel seviyesiyle güvenli bir şekilde bakım sağlanması konusunda bilinçlenmesini sağlayabilir. Bu, personelin günlük perspektiften birimin etkili yönetimi ve verimliliği için sorumluluk almasını sağlar. Doğrudan yöneticilerin üst düzey yöneticilerden daha fazla müşteri bakımına dahil olması nedeniyle, bakımı iyileştirebilecek hedefler ve stratejiler hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları ve kuruluşun beklentilerine önemli ölçüde katkıda bulundukları söylenmiştir (Doherty vd., 2010). Kraliyet Hemşirelik Koleji (RCN, 2009), hemşire liderlerinin resmi hazırlık ve beceri geliştirmeden yoksunken rollerinin farklı yönlerini sürekli olarak dengelemeleri nedeniyle, üzerinde anlaşılmış rol tanımlarının eksikliği ve rol çatışmasının var olduğunu bulmuştur. Doğrudan liderler hemşirelik bakımının standardı için teorik sorumluluğa sahip olsalar da, bunu garanti altına alma yetkisine sahip değildir (Bradshaw, 2010). RCN (2009), geleneksel fazladan, yetkili, koğuş-hemşire rolünün yeniden canlandırılmasıyla birlikte, açık kimlik, uygun bir otorite yapısı ve destek sağlayan fazladan statüyü önermiştir. Ancak, hemşirelikteki hiyerarşi ve bürokrasi nedeniyle bu zor olabilir; hemşirelik özgürlüğü veya mesleki serbestliği teşvik etmez ve dolayısıyla hemşire liderlerinin yenilikçiliğini engeller (Clegg, 2001; Kuokkanen ve Leino-Kilpi, 2001; Murphy, 2005). Güçlendirme, hemşirelere değer veren ve onları öğrenme ve değişim fırsatlarını teşvik eden stratejik, operasyonel konulara dahil eden

destekleyici bir ortam inşa etmek için hizmetleri gerektirir; bu da kişisel ve hizmet etkinliğini kapsar (Sağlık ve Çocuk Bakanlığı, 2004). Takım performansını optimize etmek, dönüşümsel lider için merkezi bir konudur (Riahi, 2011). Hemşire liderlerinin, örneğin teşekkür veya övgü sözcükleri, adil iş yükü dağıtımları ve bireysel kariyer planlaması, mentorluk ve profesyonel gelişim faaliyetleri yoluyla takipçileri bireysel olarak motive etmek için daha ifade edici olmaları gerekir (Simic, 1998; Rafferty ve Griffin, 2004).

Sonuç

Genel olarak, dönüşümsel liderlik tercih edilir çünkü liderler mesleğin en önemli sorunlarından bazılarına etkili çözümler üretme becerisine sahip gelecek nesil başarılı liderler üretme gücüne sahiptir (Ward, 2002). Dengesiz ortamlarda karmaşık talepleri dengelemek, müşterilerin, ailelerin ve toplulukların hak ettiği bakım kalitesini sağlayan daha sağlıklı sağlık hizmeti kuruluşları oluşturma merkezinde yer alır (Dixon, 1999). Liderlerin stratejik planlama konusunda bilgili ve yetenekli olmaları gerekir, böylece çabaları üst düzeylerde kabul edilebilir ve onaylanabilir (Murphy, 2005). Dönüşümsel liderlik kültürden bağımsız olarak etkili olsa da, etkinlik düzeyi bir dereceye kadar kültürel değerlere bağlıdır (Spreitzer vd., 2005). Etkinlik, kişinin hedefleri ile çıktıları arasındaki ilişki olarak görüldüğünde, bu çıktılar hedeflere ne kadar çok katkıda bulunursa, birim o kadar etkili olur (Surakka, 2008). Motivasyon ve güçlendirme organizasyonlar içinde arzu edilirken, seviyelerinin iş gücünün uzmanlığıyla uyumlu olması gerekir. Hemşirelikteki işlemsel liderlik, bir liderin hatalar meydana gelmeden önce müdahale etmesi gerekebileceği durumlar olabileceğinden, bireyin deneyimi ve yetenekleriyle ilişkili olarak

düşünülmelidir. Bu, en iyi uygulamayı sürdürmek, müşterileri korumak ve yasal sorumluluklara uymak için gerekli olabilir; bu, etkinliği en çok artıran liderliğin işlemsel ve dönüşümsel olanın bir evliliği olduğunu kabul eder (Stordeur ve diğerleri, 2000). Bir organizasyon içinde şu gibi sorular ortaya çıkar: Personelin refahına yüksek oranda odaklanırken aynı zamanda başarıya yüksek oranda odaklanabilir miyiz? Birçok hizmet sağlayıcının, organizasyon kültürünün bu iki genel alanını düşmanca olarak görmesi mümkündür (Hatton ve diğerleri, 1999). Ancak, personel refahını teşvik eden bir kültürün, personelin yüksek kaliteli bir hizmet elde etmeyi hedefleme konusunda daha fazla istekli olmasıyla sonuçlanması mümkün olabilir. Geleceğin hemşire liderlerinin, aile dostu esnek çalışma ortamlarında personel katkılarını kabul etmeleri ve değer vermeleri gerekir. Sürekli eğitim herkes için erişilebilir ve adil olmalıdır. Performans değerlendirmeleri her personel üyesi için kişisel gelişim planlarıyla uyumlu olmalıdır; bunlar her kişinin katkılarını ve kurumsal vizyon ve misyonla uyumlu gelecekteki gelişim alanlarını kabul etmelidir. Liderlerin eğitimi, sağlık hizmetleri içindeki liderliğin değişimine ve gelişimine yardımcı olmak için gerçekleşmelidir ve uygulama denetimleri liderlik denetimlerini içermelidir. Vizyon sahibi, yaratıcı, tutkulu, etkili bireylerin hizmetler içinde işe alınması ve geliştirilmesi zorunludur. Dönüşümsel liderliğin dört boyutu birbirine bağımlı olsa da, beklentilerin ötesinde performans elde etmek için bir arada var olmalıdırlar (Hall ve diğerleri, 2002; Kelly, 2003). Dönüşümsel liderler, hem takipçilerde hem de ilişkili oldukları kuruluştaki önemli değişiklikler yaratabilen kişilerdir (Griffin, yayınlanmamış gözlemler, 2003). Kısmen vizyon, paylaşılan değerler ve fikirler ve

ilişki kurma gibi somut olmayan niteliklere odaklanarak misyon, strateji, yapı ve kültürde değişikliklere öncülük ederler. Bunu, vizyonu açık ve çekici bir şekilde ifade ederek, vizyonlara nasıl ulaşılabileceğini açıklayarak, güvenle ve iyimser bir şekilde hareket ederek, takipçilere güven ifade ederek, sembolik eylemlerle değerleri vurgulayarak, örnek olarak liderlik ederek ve takipçileri vizyona ulaşmaları için güçlendirerek yaparlar (Stone vd., 2004). Bunu başarmak için hemşire liderlerinin Tablo 2'de belirtilen belirli niteliklere sahip olması gerekir.

Tablo 2. İşlevsel hemşire liderlerinin nitelikleri

Sofarelli and Brown, (1998)	Contino (2004)
• Amaçta netlik ve sadelik • Değer odaklı • Güçlü rol model • Yüksek beklentiler • Kararlı • Kendini bilen • Sürekli öğrenme arzusu • Çalışmayı seven • Hayat boyu öğrenenler • Kendilerini değişim ajanları olarak tanımlayan • Coşkulu • Başkalarını cezbedip ilham verebilen • Karmaşıklık, belirsizlik ve muğlaklıkla başa çıkabilen	• Duygusal olgunluk • Cesur • Risk alan • Risk paylaştan • Vizyoner • Başarısızlıkla mücadele eden • Kamusal ihtiyaç duygusu • İşbirliği ruhunu geliştirmek için tüm bakış açılarını dinleyen • Mentorluk yapan • Etkili iletişimci • Çalışanların kişisel ihtiyaçlarını dikkate alan • Stratejik
Kaynak: Tichy and Devanna (1986); Hall et al (2002); Stone et al (2004).	

Önemli noktalar

- Dönüşümcü liderlik ödülleri önemi kabul eder, ancak daha da ileri giderek

personelin duygusal ve entelektüel ihtiyaçlarını karşılar.

- Dönüşümcü liderler sorumluluğun paylaşıldığı

ve personelin yaratıcı olmak ve yenilik yapmak için risk alma konusunda güvende hissettiği destekleyici ortamlar yaratır.

- Dört bileşeni vardır: idealize edilmiş etki; ilham verici motivasyon; entelektüel

uyarlama; bireysel ilgi.

- Dönüşümcü liderler, kurumsal kısıtlamaları kabul ederken kendilerine güvenmeli ve vizyonlarını personele iletmelidir.

- Uyarlanabilir hemşire liderliği artık kuruluşlar tarafından gereklidir, ancak bu hiyerarşi ve bürokrasi tarafından kısıtlanmıştır ve hemşirelik mesleki serbestliği teşvik etmemiştir.

- Liderliğin gelişimini teşvik etmek için eğitime ihtiyaç vardır

Kaynaklar

An Bord Altranais (2000) Guidance to Nurses and Midwives on the Development of Policies, Guidelines and Protocols Dec 2000. An Bord Altranais, Dublin

Bally JM (2007) The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. Nurs Econ 25(3): 143–8

Barbuto JE (2005) Motivation and transactional, charismatic and transformational leadership: a test of antecedents. J Leadership Organ Stud 11(4): 26–40

Bass BM (1985) Leadership and Performance Beyond Expectations. The Free Press, New York

Bass BM (1995) Theory of transformational leadership redux. Leadership Quart 6(4): 463–78

Bass BM (1997) The ethics of transformational leadership. In: Kellogg Leadership Studies Project, Transformational Leadership Working Papers. James MacGregor Burns Academy of Leadership Press: College Park, Maryland

Bass BM (1998) Transformational Leadership: Industry, Military and Educational Impact. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey

Bass BM, Avolio BJ, Jung DI, Berson Y (2003) Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. J Appl Psychol 88(2): 207–18

Bass BM, Riggio RE (2006) *Transformational Leadership*. 2nd edn. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey

Bass BM, Steidlmeier P (2006) *Ethics, Character, and Authentic Transformational Leadership*. Binghamton University, New York

Bishop V (2009) What is leadership? In: Bishop V, *Leadership for Nursing and Allied Health Care Professions*. Open University Press, Berkshire: 8–31

Bowles A, Bowles NB (2000) A comparative study of transformational leadership in nursing development units and conventional clinical settings. *J Nurs Manag* 8(2): 69–76

Bradshaw A (2010) Is the ward sister role still relevant to the quality of patient care? A critical examination of the ward sister role past and present. *J Clin Nurs* 19(23–24): 3555–63

Bryant SE (2003) The role of transformational and transactional leadership in creating, sharing and exploiting organizational knowledge. *J Leadership Organ Stud* 9(4): 32–44

Burns JM (1978) *Leadership*. Harper and Row, New York

Carney M (2011) Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *Int J Health Care Qual Assur* 24(7): 523–39

Casida J, Parker J (2011) Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes. *J Nurs Manag* 19(4): 478–86

Clegg A (2000) Leadership: improving the quality of patient care. *Nurs Stand* 14(30): 43–45

Clegg A (2001) Occupational stress in nursing: a review of the literature. *J Nurs Manag* 9(2): 101–6

Contino DS (2004) Leadership competencies: knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Crit Care Nurs* 24(3): 52–64

Department of Health and Children (2004) Final Report of the Empowerment of Nurses and Midwives Steering Group—an Agenda for Change. Government Publications Stationery Office,

Dublin. www.dohc.ie/publications/empower.html (accessed 25 October)

Dignam D, Duffield C, Stasa H, Gray J, Jackson D, Daly J (2012) Management and leadership in nursing: an Australian educational perspective. *J Nurs Manag* 20(1): 65–71

Dixon DL (1999) Achieving results through transformational leadership. *J Nurs Adm* 29(12): 17–21

Doherty C, Gatenby M, Hales C (2010) Role of the ward sister: tensions, pressures and opportunities. *Nurs Stand* 24(51): 35–40

Doody CM, Doody O (2011) Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *Br J Nurs* 20(11): 661–4

Downton JV (1973) *Rebel Leadership: Commitment and Charisma in a Revolutionary Process*. Free Press, New York

Force MV (2005) The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *J Nurs Adm* 35(7–8): 336–41

Gellis ZD (2001) Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Soc Work Res* 25(1): 17–25

Gheith NA-R (2010) Reconstructing organization culture through enforcing head nurses' transformational leadership style. *Australian J Basic Appl Sci* 4(6): 1288–96

Government of Ireland (1998) A Report of the Commission on Nursing. A Blueprint for the Future. Government Publications Stationery Office, Dublin. www.lenus.ie/hse/handle/10147/46443 (accessed 25 October)

Griffin D (2003) Transformational Leadership. <http://desgriffin.com/leadership/transform> (accessed 29 October)

Hall J, Johnson S, Wysocki A, Kepner K (2002) Transformational Leadership: the Transformation of Managers and Associates. Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida. <http://edis.ifas.ufl.edu/pdf/HR/HR02000.pdf> (accessed 25 October 2012)

Hatton C, Rivers M, Mason H et al (1999) Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *J Intell Disabil Res* 43(Pt 3): 206–18

Hay I (2006) Transformational Leadership: Characteristics and Criticisms. School of Geography, Population and Environmental Management, Flinders University, Adelaide. www.leadingtoday.org/weleadinlearning/transformationalleadership.htm (accessed 25 October 2012)

Ilies R, Curşeu PL, Dimotakis N, Spitzmuller M (2012) Leaders' emotional expressiveness and their behavioural and relational authenticity: effects on followers. *European J Work Organizational Psychology*, 17 January 2012. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2011.626199> (accessed 29 October 2012)

Jooste K (2004) Leadership: a new perspective. *J Nurs Manag* 12(3): 217–23

Judge TA, Piccolo RF (2004) Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their validity. *J Appl Psychol* 89(5): 755–68

Kelly M (2003) Academic advisers as transformational leaders. *The Mentor*, 1 January. <http://dus.psu.edu/mentor/030101mk.htm> (accessed 25 October 2012)

Kerfoot K (2002) On leadership: from motivation to inspiration leadership. *Dermatol Nurs* 14(2): 126–7

Kuokkanen L, Leino-Kilpi H (2001) The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *J Nurs Manag* 9(5): 273–80

Laschinger HK, Almost J, Tuer-Hodes D (2003) Workplace empowerment and magnet hospital characteristics making the link. *J Nurs Adm* 33(7–8): 410–22

Maslow AH (1954) *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York

Maslow AH (2000) *The Maslow Business Reader*. John Wiley and Sons, New York

Moody RC, Pesut DJ (2006) The motivation to care: application and extension of motivation theory to professional nursing work. *J Health Organ Manag* 20(1): 15–48

Murphy L (2005) Transformational leadership: a cascading chain reaction. *J Nurs Manag* 13(2): 128–36

Northouse PG (2010) *Leadership: Theory and Practice*. 5th edn. Sage Publications, London

Oshagbemi T, Gill R (2004) Differences in leadership styles and behaviour across hierarchical levels in UK organisations. *Leadership Organization Development J* 25(1): 93–106

Porter-O’Grady T (1992) Transformational leadership in an age of chaos. *Nurs Admin Q* 17(1): 17–24

Porter-O’Grady T (1997) Process leadership and the death of management. *Nurs Econ* 15(6): 286–93

Rafferty AE, Griffin MA (2004) Dimensions of transformational leadership: Conceptual and empirical extensions. *Leadership Quart* 15(3): 329–54

Ralston R (2005) Transformational leadership: leading the way for midwives in the 21st century. *RCM Midwives* 8(1): 34–7

Riahi S (2011) Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *J Nurs Manag* 19(6): 721–31

Rolfe P (2011) Transformational leadership theory: what every leader needs to know. *Nurs Leader* 9(2): 54–7

Royal College of Nursing (2009) *Breaking Down Barriers, Driving Up Standards. The Role of the Ward Sister and Charge Nurse*. Royal College of Nursing, London

Salanova M, Lorente L, Chambel MJ, Martínez IM (2011) Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *J Adv Nurs* 67(10): 2256–66

Scherb CA, Specht JK, Loes JL, Reed D (2011) Decisional involvement: staff nurse and nurse manager perceptions. *West J Nurs Res* 33(2): 161–79

Simic I (1998) Transformational leadership—the key to successful management of transformational organizational changes. *Facta Universitas* 1(6): 49–55

Sofarelli D, Brown D (1998) The need for nursing leadership in uncertain times. *J Nurs Manag* 6(4): 201–7

Spreitzer GM, Perttula KH, Xin K (2005) Traditionality matters: an examination of the effectiveness of transformational leadership in the US and Taiwan. *J Organ Behav* 26(3): 205–27

Stordeur S, Vandenberghe C, D'hoore W (2000) Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nurs Res* 49(1): 37–43

Sullivan EJ, Decker PJ (2009) *Effective Leadership and Management in Nursing*. 7th edn. Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey

Sullivan E, Garland G (2010) *Practical Leadership and Management in Nursing*. Pearson Education, Harlow, Essex

Surakka T (2008) The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *J Nurs Manag* 16(5): 525–34

Stone AG, Russell RF, Patterson K (2004) Transformational versus servant leadership: a difference in leader focus. *Leadership Organ Dev J* 25(4): 349–61

Thyer GL (2003) Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *J Nurs Manag* 11(2): 73–9

Tichy NM, Devanna MA (1986) *The Transformational Leader*. John Wiley, New York

Tomey AM (2009) Nursing leadership and management effects work environments. *J Nurs Manag* 17(1): 15–25

Trofino AJ (2000) Transformational leadership: moving total quality management to world-class organisations. *Int Nurs Rev* 47(4): 232–42

Wang G, Oh IS, Courtright SH, Colbert AE (2011) Transformational leadership and performance across criteria and levels: a meta-analytic review of 25 years of research. *Group Organization Manag* 36(2): 223–70

Ward K (2002) A vision for tomorrow: transformational nursing leaders. *Nurs Outlook* 50(3): 121–6

Weberg D (2010) Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nurs Adm Q* 34(3): 246–58

BÖLÜM XIV

Yaşam Sonu Dönemde Yaşlı Bakımı

Mesiya AYDIN¹
Figen ÇAVUŞOĞLU²

GİRİŞ

Dünya çapında olduğu gibi Türkiye’de de düşük doğurganlık hızı ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte nüfus yaşlanmaktadır. Yaşam beklentisi 20.yüzyılın başından bu yana çarpıcı bir şekilde artmaktadır (Leeson, 2014:1-7). Bununla birlikte tıbbi ve teknolojik gelişmeler sonucunda kronik hastalığı bulunan insanların yaşam süresi uzamaktadır (Zisook ve Zisook, 2007: 2367- 2392). Yaşam süresinin artması yaşlılık döneminde daha fazla insanın öleceğini ortaya koymaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşlıların ölümün kendisi hakkında endişeli olmadıklarını ancak ölüm süreci hakkında

¹ Arş.Gör.Dr, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-4632-6562

² Dr. Öğr.Üye, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-9789-2006

endişeleri olduğunu, huzurlu ve acısız bir ölüm yaşamak istediklerini ifade ettikleri belirtilmektedir. Yaşlı bireyler ağır hastalık durumunda hayat kurtarıcı tedaviden ziyade rahat ettirilmeyi istemektedir (Fleming ve Farquhar, 2016:1-25). Bu durum yaşam sonu bakımını önemini ortaya koymaktadır.

Yaşam sonu bakım palyatif bakımın bir parçası olmakla birlikte yaşamın son birkaç haftasından ölümden hemen öncesine kadar olan süreyi ve bu dönemde verilen bakımı ifade etmektedir. Multidisipliner yaklaşımla yürütülen yaşam sonu bakımda amaç, bireylerin tedavi edilemeyen hastalık yaşamları durumunda yaşamları sonlanıncaya kadar ağrı ve acısını azaltmaktır. Bireylerin yaşamlarının son dönemlerini daha kaliteli sürdürmelerini ve huzurlu ölümlerini sağlamaktır (Kandaria ve ark., 2014:1-7; Sabuncu ve ark., 2014) Ancak yaşam sonu dönemde, sağlık ve sosyal bakım uzmanları, hasta bireylerin rahatlıklarının sağlanması ve hastaya bakım veren bireylere destek sağlama hakkında yeterli bilgiye veya mevcut kaynaklara sahip olmayabilmektedir. Hizmet sunumu ve mesleki uygulamadaki bu sorunların ve eksikliklerin bir sonucu olarak, birçok insan gereksiz fiziksel, psikolojik ve manevi acı çekmektedir ve çoğu kendi seçtikleri yerde son günlerini yaşayamamaktadır. Ayrıca, bu durum bireylerin aile ve arkadaşlarının yas süreci ile başa çıkma biçimlerini de etkileyebilmektedir.

Yaşam sonu bakım bireysel onurun temel insan hakkı olduğu gerçekliğinden hareketle holistik ve hümanistik bakış açısıyla sunulmalıdır. Burada hümanistik bakım hasta birey ile karşılaşıldığında bireyin özerkliğine saygı duyarak, bireyin koşulsuz desteklenmesini ifade etmektedir. Holistik bakım ise bireyin

sağlığının fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerinin bir bütünü olduğu kabul edilerek ve bunları önemseyerek bakım verilmesi gerektiği ortaya koyulmaktadır (Norton, 2011:240-245).

Nitelikli yaşam sonu bakım verilebilmesi için;

- ✓ Tüm insanların yaşamlarının sonunda onur ve saygıyla muamele görmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Yaşam sonu dönemdeki bireylerin yaşam kalitesini arttırmak için semptom yönetimi en uygun şekilde yapılmalıdır. Yaşamın sonuna yaklaşan bireylerin acı ve ıstıraplarının mutlak minimumda tutulması sağlanmalıdır.
- ✓ Yaşam sonu dönemde herkesin kaliteli fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi bakıma erişmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Yaşam sonu dönem bakımının etkin şekilde gerçekleştirilmesi için yaşlı birey, aile ve bakım vericinin en iyi şekilde iletişimde olmaları şarttır. Yaşam sonu dönemde ve yas döneminde bakım vericiler desteklenmelidir.
- ✓ Sağlık ve sosyal bakım profesyonellerine yaşam sonu bakım konusunda gerekli eğitim verilmelidir (Norton, 2011:240-245; Department of Health, 2008:23-37).

Yaşam sonu dönemde bireyde ağrı, anksiyete, iştah kaybı, nefes darlığı, kabızlık, deliryum, depresyon, halsizlik, bulantı kusma gibi belirtiler görülebilmektedir (WHO, 2016:47-69). Bu dönemde amaç görülen belirtileri tedavi etmekten ziyade hastanın yaşadığı zorlu süreci kolaylaştırarak, mümkün olduğunca konforunu yükseltmektir (Aksakal ve ark., 2018:1-8). Fiziksel, psikolojik, duygusal ve manevi bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak

farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle hastanın semptom kontrolü optimize edilmelidir (WHO, 2016:47-69). Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikolojik etmenlerin detaylı değerlendirilmesi yapılarak bakım planlaması yapılmalıdır. Hasta birey ile birlikte aile ve bakımını sağlayacak kişilerde plana dahil edilip desteklenmelidir (Aslan, 2014:129-133).

1.Yaşam Sonu Dönemde Semptom Yönetimi

Ağrı

Ağrı, yaşam sonu dönemde yaşlı bireylerde en sık görülen semptomlardan biridir. Ağrı; kuvvetli bir doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmişte edindiği, sübjektif, primitif (ilkel), protektif (koruyucu) deneyimleri ile ilgili duyuşsal ve emosyonel bir duygudur.

Hasta “ağrım var” diyorsa ağrısı vardır. Bu ilkeyle temel hedef yaşlı bireyin yaşam kalitesini bozan ve dayanılmaz semptomların başında gelen ağrının giderilmesidir. Ağrının giderilememesi durumunda ise en azından ağrının hafifletilmesi ve ağrının yaşlı bireyin tolere edebileceği bir seviyeye indirgenmesi amaçlanmalıdır (Düzgün, 2018:25-40).

Ağrının kontrol altına alınmasında farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar non-opioid analjezikler, opioidler, adjuvan analjeziklerdir (Gökçınar, 2014:31-43). Masaj, sıcak uygulama, soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, transkutan elektrik sinir uyarımı, terapötik dokunma, gevşeme, biofeedback, akupunktur, meditasyon, hipnoz, dikkati başka yöne çekme,

düşleme, müzik ise ağrı yönetiminde uygulanabilecek non-farmakolojik yöntemlerdir (Düzgün, 2018:25-40).

Dispne

Nefes darlığı, solunum sistemi hastalıklarına ait semptomlardan en yaygın ve rahatsız edici olanıdır. Nefes darlığı ilerlemiş kanser, KOAH, akciğer fibrozu ve kalp yetmezliği olan hastalarda sık görülen bir semptomdur. Fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktörün etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki kanser hastalarının %70'inde görüldüğü bilinmektedir. Hastalarda solunum sıkıntısı multifaktöriyel bir semptom olup sıklıkla nefes alamamak, boğularak ölmek gibi psikolojik bir bileşeni de vardır (Sezer, 2018:42-48). Nefes darlığının yönetiminde profesyonel bir yaklaşım ile bütünsel bir değerlendirme yapılmalıdır. Hastada var olan semptomun şiddeti ve semptom ile ilişkili anksiyete düzeyi değerlendirilmelidir. Hastanın nefes darlığı hissi ve deneyimi hakkında yaptığı açıklamalara dikkat edilmelidir. Yaşam sonu dönemde yaşanan nefes darlığı yaşam kalitesi üzerinde değişken bir etkiye sahip olabileceğinden, her hastanın algılaması farklı olabilmektedir. Nefes darlığının nedenlerini açıklığa kavuşturmak, hastaya nefes almayı güçleştiren, hafifleten faktörleri ve ilişkili semptomları açıklamak gerekmektedir. Dispne yönetiminde öncelikli hedef yeterli oksijenizasyonun sağlanmasıdır. Özellikle nefes alma, stres kontrolü ve gevşeme teknikleri konusunda hasta birey ve ailesine bilgilendirici eğitimler verilmelidir (Sezer, 2018:42-48).

Bulantı Kusma

Bulantı ve kusma birbirleriyle ilişkilidir ancak ayrı belirtiler olup mide bulantısı, kusmaya neden olan bir his olarak ifade edilmektedir. Kusma ise gastrointestinal içeriklerin ağız yoluyla atılması eylemidir ve genellikle istemsiz bir reflekstir. Bulantı hoş olmayan bir his olup her zaman kusmayla birlikte olmayabilir (Yapıcı, 2018:56-88). Yaşam sonu dönemde hasta ve ailesi için fiziksel ve fizyolojik stres oluşturan ve hayatın kalitesini bozan semptomlardır (Palliative Care Guidelines, 2020). Bu nedenle semptomların etkin bir şekilde tedavi edilmesi için bulantı ve kusmaya neden olabilecek etkenlerin saptanması gerekmektedir.

Bulantı ve kusmanın en yaygın görülen nedenleri;

- ✓ Sindirim sistemi hastalıkları, gastroparazi, gastrikkompresyon
- ✓ Motilite bozuklukları, konstipasyon, barsak obstrüksiyonları
- ✓ Santral sinir sistemi patolojileri beyin metastazı, anksiyete,
- ✓ Karaciğer ve böbrek hastalıkları
- ✓ Kemoterapötikler ve opioid gibi ilaçlar
- ✓ Göğüs ve üst abdomene uygulanan radyoterapi

Bulantı nedenleri saptanarak primer nedene yönelik tedavi ile bulantı kısmen önlenebilir. Özellikle bulantı kusmaya yol açabilen ilaçlar kesilir ya da doz azaltılır.

Mümkün ise hastanın temiz havaya çıkarılması, kıyafetlerinin gevşetilmesi, alnına, boynuna, el bileklerine nemli bez uygulanması, çevredeki kötü kokuların uzaklaştırılması ya da bakım veren

kişilerin yoğun parfüm uygulamaması gibi önlemler bulantıyı azaltabilir. (Gökçınar, 2014:31-43). Hasta ve ailesine psikososyal destek sağlanmalı, hastanın diyeti konusunda diyetisyen ile işbirliği yapılmalıdır (Yapıcı, 2018:56-88).

Yorgunluk

Yorgunluk genellikle anoreksi ve kaşeksiyle görölmektedir (Yapıcı, 2018:56-88). Hastalara ağrıdan daha fazla rahatsızlık vermesinin yanında sıklıkla ihmal edilmektedir (Lynch, 2014: 268-279). Bununla birlikte yaşam sonu dönemde hastaların bildirdiği en yaygın semptomdur. Yorgunluk hem hastalar hem de bakım verenler için önemli fiziksel, psikososyal ve ekonomik sonuçlara sahiptir. Bu nedenle yorgunluk ve etkileri açısından hasta birey değerlendirilmeli ve yorgunluğun hasta birey ve ailesinin yaşam kalitesine etkisi ortaya konmalıdır. Hasta ve ailesine semptomun yönetimine dair gerekli açıklama zamanında ve sürekli olarak yapılmalıdır. Semptom ile başa çıkmada uyku önemlidir. Bu nedenle dinlenme ve uyku için ışık, ses, gürültü gibi çevresel uyaranlardan uzaklaştırılmış bir ortam oluşturulmalıdır (Yapıcı, 2018:56-88).

İştahsızlık

Yaşamın son haftalarında hastaların çoğunda iştahsızlık görölmektedir (Lynch, 2014: 268-279). Beslenme desteği öncesi, hastada beslenme ile ilgili sorunun iyi tanımlanması gerekmektedir. Hasta ve ailesi ile görüşölerek ön değerlendirmenin yapılması, beslenmeye engel semptomların belirlenmesi hususunda önem taşımaktadır (Yapıcı, 2014: 56-88). Hastanın beslenmesinde ailenin aktif olarak yer alması aileyi psikolojik olarak rahatlatmaktadır. Böylece aile de hasta bireye karşı sorumluluklarını yerine

getirdikleri düşüncesi oluşmaktadır. Yaşam sonu dönemde beslenme konusunda baskı uygulanmamalı, hastaların kilo takibi ve gıda alımını ölçmeye yönelik girişimlerde bulunulmamalıdır (Orrevall, 2015:615). Hastalara hazırlanan yemeklerde kişisel istekler göz önünde bulundurulmalı ve temini yönünde girişimlerde bulunulmalıdır (Yapıcı, 2018:56-88).

Oral alımı olmayan yaşam sonu dönemdeki hastalarda öncelikle hasta ve ailesi yapay beslenmenin (enteral veya parenteral beslenme) fayda ve riskleri hakkında bilgilendirilmelidir. Kaygı ve endişeleri azaltmak için beslenme desteğinin son ana kadar sürdürülmesi gerekmektedir. Beslenmenin yaşam süresini uzatmak üzerine etkili olmadığı, sadece hastayı bütünsel olarak güçlü kılmayı hedeflediği kabul edilmelidir (Yapıcı, 2018:56-88; Gökçınar, 2014:31-43).

Öksürük

Öksürük terminal dönemde yaygın olarak görülen semptomlardan biridir (Gökçınar ve Taş, 2014:51-60). Solunum sistemindeki sekresyonların ve yabancı maddelerin temizlenmesinde rol oynayan fizyolojik bir savunma merkezidir. Öksürük kronikleştiğinde iştah kaybı, baş ağrısı, baş dönmesi ve uyku bozukluğu gibi yaşam kalitesini azaltan semptomlara neden olmaktadır (Sezer, 2018:42-48).

Öksürükte kapsamlı değerlendirme semptomun yönetiminde önemlidir. Öksürüğün karakterini, süresini şiddetini tespit etmeli, öksürüğü hafifletici etmenleri ve öksürükle ilişkili semptomları sorgulamalı, hastanın fonksiyonel yeterliliğini, öksürüğün ailenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi saptanmalıdır. Öksürüğün nedenleri

ve devam eden öksürüğün sonuçları hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmelidir. Postural drenaj, rahatlatıcı pozisyon verme, öksürme, gevşeme ve kontrollü nefes alma teknikleri öğretilerek hastanın konforu sağlanmalıdır. Nebulize ilaçlar, buhar ve soğuk hava nemlendiricisi kullanılmalıdır. Yeterli sıvı alımı desteklenmelidir. Hastaya tıbbi gözetim altında oksijen verilmelidir. Hasta ve ailesinin kaygısını azaltmak için gerekli psikososyal destek sağlanmalıdır (Barton Bobb, 2016:244; Fahlberg, 2015:19-20; Sezer, 2018:42-48).

Deliryum

Yaşam sonu dönemdeki bireylerin %90'ında deliryum sendromu gelişmektedir (Tural, 2018:89-99; Aligeti ve ark., 2016:307-310). İlaçlar, ilaç kesilme sendromu, metabolik dengesizlik, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, enfeksiyon, santral sinir sisteminin yapısal lezyonları ve hipoksik ensefalopatinin yanı sıra ileri yaş da deliryuma neden olmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki hastalarda metabolik/endokrin nedenli meydana gelen deliryum geri dönüşlü değildir. Bu nedenle deliryumun nedeninin saptanması semptomun yönetiminde son derece önemlidir.

Hastaların çoğu geleceğin belirsizliği ve yaklaşan ölümle ilgili korkulardan, geride kalanların yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklar nedeniyle anksiyete içindedirler. Hastalığın yarattığı dispne, ağrı gibi semptomlarda bu tabloyu ağırlaştırabilir. Bu durumda, hem hasta hem de hasta yakınıyla iletişim kurarak rahatlatıcı ve destekleyici yaklaşımda bulunmak sağlık ekibinin (psikolojik, manevi danışmanlık, sosyal hizmetler desteği) önemli

görevli arasında yer almaktadır (Aslan, 2014:129-133). Yaşam sonu dönemde deliryumu olan hastalarda güvenliği sağlamaya yönelik, yataktan düşme riski sık ve yakından takip edilmelidir. Uyaranları en aza indirmek için yeterli aydınlatma ve gürültü kontrolü yapılmalı, hastanın korkularını azaltmaya yönelik bakımını üstlenen kişi sık değiştirilmemeli ve aileden birisinin yanında olması sağlanmalıdır (Tural, 2018:89-99).

2.Yaşam Sonu Dönemde Kültür ve Manevi Bakım

Palyatif bakım yaklaşımı ve yaşam sonu kararlarında dinler ve kültürler arasında büyük değişiklikler bulunmaktadır. Manevi etki alanı birçok hasta birey için yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerindendir. Kendi toplumumuzda olduğu gibi diğer toplumlarında heterojen bir yapıya sahip olması nedeniyle farklı din ve kültürlerin yaşamı sonlandırma kararlarındaki farklılıklar dikkate alınması gereken durumlardandır (Gökçınar, 2014:31-43; Sherman, 2010:3-39; Mazanec ve Panke, 2006: 623-633).

İslam dünyasında ölüm kaçınılmaz ve kabul edilebilir bir durumdur. İslam hukuku yaşamı kutsal görür ve intiharı, intihara yardımı ve ötenaziyi yasaklamaktadır. Resusite etmeme ancak çok özel durumlarda istisnai olarak uygulanmaktadır. Yahudilikte de durum İslamiyete benzerdir. İntihar, intihara yardıma ve ötenaziye izin verilmemektedir (Gökçınar, 2014:31-43). Hristiyanlık inancına göre ise ölüm hayatın doğal bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Acı çektiği için kişinin hayatına son vermesini doğru bulmamaktadır. Hristiyan inancına göre özellikle yaşamın son anlarındaki acının kurtuluşa ermede kutsallığı olduğuna inanılmaktadır. Hristiyanlığın en büyük kesimini oluşturan Katolik

Kilisesi ötenaziye izin vermemesine rağmen tedaviyi kabullenmeme ve tedaviden kaçınma durumuna açık kapı bırakmıştır. Ortodoks Kilisesi’de ötenaziyi kabul etmemektedir. Hristiyan Ortodoks inancına göre ölümcül hastalığı olan bireylere aşırı tıbbi tedavi uygulamak yerine bireyler için dua edilmesini daha doğru kabul edilmektedir. Protestan gelenekten gelen Almanya, ABD, Kanada gibi ülkelerde yaygın olan Lutheran Kiliseleri de uygulanacak tedavi hakkında bireylere bilgi verilmesi gerektiği ifade etmektedir. Bireylerin yararlı olmayacağını bildikleri reddetme hakkı bulunmaktadır. Lutheran Kiliseleri’de ötenaziye sıcak bakmamaktadır (Sümer, 2016:115-132; Kara, 2017:17-32).

Kültür ve din bireylerin yaşam sonu kararlarının etkilemektedir. Yaşam sonu bakım uygulamalarında bireylerin kültürel değerleri ve bireysel tercihlerini dikkate almak yol gösterici olacaktır. Bakım hizmeti verenler kendi kültürlerini, deneyim ve inançlarını sundukları hizmete yansıtmamalı, bireylerin inançları ve kültürleri doğrultusunda karar vermelidirler (Gökçınar, 2014:31-43; Sherman, 2010:3-39; Mazanec ve Panke, 2006:623-633).

3.Yaşam Sonu Dönemde İletişim

Ölüm insanlar için tabu olmaya devam etmektedir. Hastalar için ölüm olasılığının yanı sıra ağrılı ve onursuz ölüm olasılığı da ürkütücüdür. Üzücü, kötü ve zor şeylerin hastalar ve aileleri ile konuşulması zor bir durumdur. Hastalar etraflarında korkularını paylaşılabilecekleri profesyoneller olup olmadığını bilmek isterler. Bu nedenle hastaya bakım veren hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri mesafeli duruştun kaçınmalı ve sıcak yaklaşımda bulunmalıdır. Hasta ve ailesi ile ilgilendiklerini, onları

önemsediklerini ve değer verdiklerini fark ettirmeleri gerekmektedir (Filiz ve Dikmen, 2017:95-100; Aslan, 2014:129-133; Bakitas ve ark., 2010:266-284).

4. Yas Desteği

Açık ve dürüst iletişim sağlanması yasal sorumluluktur. Bu sayede hastaların ölüm yeri konusunda karar vermesi ve plan yapması sağlanabilir. Bireyler tamamlamayı düşündükleri işleri yoluna koyar, yakınları ile vedalaşır ve faydasız tedavilere başlaması önlenir (Filiz ve Dikmen, 2017:95-100; Aslan, 2014: 129-133; Bakitas ve ark., 2010:266-284).

Aile bireyleri hastanın ölümcül bir hastalığa sahip olduğunun öğrenilmesi ile başlayan ve ölümü ile devam eden kederli bir süreç yaşamaktadır. Keder yaşayan aile bireyelerine hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında bu konuda eğitimli hemşirelerinde aralarında bulunduğu sağlık profesyonellerinin yardımcı olması önemlidir. Böylece aile üyeleri ölüm gerçeğini kabullenip, hasta için en rahat olabilecek ölüm süreci için doğru kararlar alınması, uygulanması, etkin ağrı tedavisi sağlanması, yararsız tedavilerle hastanın acı çekmesinin engellenmesi ve vedalaşma sağlanabilmektedir. Aile bireyelerinin hastanın bakımına katılması ve hastanın yanında bulunmalarına izin verilmesi ölüm sonrası ve yas döneminin daha kolay atlatılmasına katkıda bulunabilir (Aslan, 2014:129-133).

KAYNAKLAR

Aksakal H, Koç O, Kahveci K. (2018). Palyatif Bakım. (editörler) H. Aksakal, K. Kahveci, O. Koç. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara. Bizim Dijital Maatbacılık. S.1-8.

Aligeti S, Baig MR, Barrera FF. (2016).Terminal delirium misdiagnosed as major psychiatric disorder: Palliative care in psychiatric inpatient unit. Palliative & supportive care. 14(3): 307-310.

Aslan E. (2014). Palyatif Bakımda İletişim. (editörler) Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım.1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. s. 129-133.

Bakitas M, Bishop MF, Caron P, Stephens L, editors. Developing successful models of cancer palliative care services. Seminars in oncology nursing; 2010: Elsevier.

Barton Bobb, M. S. N. (2016). Dyspnea and Delirium at the End of Life. Clinical journal of oncology nursing, 20(3), 244.

Department of Health. (2008). End of Life Care Strategy. Promoting High Quality Care for all Adults at the End of Life. London.23-37

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf

Düzgün G. (2018). Ağrı Yönetimi (editörler) H. Aksakal, K. Kahveci, O. Koç. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara. Bizim Dijital Maatbacılık. S. 25-40.

Fahlberg, B. (2015). Code Comfort: Prompt symptom relief in end-of-life care. Nursing 45(12), 19-20.

Filiz NY, Dikmen Y. (2017). Yaşam Sonu Bakım Uygulamalarında Hasta Savunuculuğu. *J hum rhythm*. 3(2):95-100.

Fleming J, Farquhar M, Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) Study Collaboration, Brayne, C & Barclay S. (2016). Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care-qualitative research within a population-based cohort study. *PloS one*, 11(4),1-25. 10.1371/journal.pone.0150686

Gökçınar D. (2014). Palyatif bakımda ağrı tedavisi.(editörler) Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım.1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. S.31-43.

Gökçınar D. Taş H. (2014). Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım. (editörler) Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım.1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. s. 51-60.

Kara, Y. (2017). Yaşlıların Ötanazi Hakkındaki Görüşleri. *Aurum Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 17-32.

Leeson G. W. (2014). Increasing longevity and the new demography of death. *International Journal of Population Research*. 2014(1), 1-7. 521523 <https://doi.org/10.1155/2014/521523>

Lynch MT. (2014). Palliative care at the end of life. *Seminars in oncology nursing*. 30(4):268-279. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.009>

Mazanec P, Panke JT. (2006). Cultural Consideration in Palliative Care. In: Ferrell B, Coyle N, editors. *Textbook of Palliative Nursing*: Oxford University Press. p. 623-633.

Norton C. K, Hobson G & Kulm E. (2011). Palliative and end-of-life care in the emergency department: guidelines for nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 240-245.

Orrevall Y. (2015). Nutritional support at the end of life. *Nutrition*, 31(4), 615-616. DOI: 10.1016/j.nut.2014.12.004

Palliative Care Guidelines. (2020). Nausea and Vomiting. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Nausea-and-Vomiting.aspx>. Erişim Tarihi: 17.04.2020.

Sabuncu N, Alpar G, Özdilli K. (2014). Ölüm ve Ölümöl Hasta Bakımı. Sabuncu N. Editör, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ankara, Alter yayıncılık. 579588.

Sezer G. (2018). Solunum Sistemi Semptomlarının Yönetimi (editörler) H. Aksakal, K. Kahveci, O. Koç. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara. Bizim Dijital Maatbacılık. S. 42-48.

Sherman DW. (2010). Palliative care nursing: Quality care to the end of life: Springer Publishing Company.3-39

Sümer, N. (2016). Yahudilikte, Hıristiyanlıkta ve İslam'da Ötanazi. Şırnak Üniversitesi İlahiyat Faköltesi Dergisi, 7(14), 115-132.

Tural H. (2018). Nörolojik Sistem Semptomlarının Yönetimi. (editörler) H. Aksakal, K. Kahveci, O. Koç. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara. Bizim Dijital Maatbacılık. s.89-99.

WHO. (2018). Palliative Care. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

WHO. (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programmemanagers.47-69. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yapıcı E. (2018). Gastrointestinal Sistem Semptomlarının Yönetimi. (editörler) H. Aksakal, K. Kahveci, O. Koç. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı. Ankara. Bizim Dijital Maatbacılık. S.56-88.

Zısook S, Zısook SA. (2007). Ölüm, ölmek ve yas: In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi. S.2367- 2392

BÖLÜM XV

Morbid Obezite Cerrahisi Geçiren Hastanın Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Rabia GÖRÜCÜ¹
Nazlı CAN²

Giriş

Obezite, genetik, yaş, cinsiyet, diyet ve yaşam tarzı gibi birçok faktörden etkilenen yaygın bir kronik hastalıktır ve dünya nüfusunun %50'sinden fazlasının 2040 yılına kadar obez veya aşırı kilolu olacağı tahmin edilmektedir (Jolfaei vd., 2016:1; Kılıç Uçar vd., 2024:238). Morbid obezite, cerrahi müdahale gerektirebilecek ciddi sağlık sorunlarına neden olmakta, bu süreçte hemşirelik bakımının fiziksel, psikososyal ve duygusal ihtiyaçları kapsayan bütüncül bir

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-8272-7710

² Hemşire, Acıbadem Fulya Hastanesi İstanbul, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0009-0005-3877-9958

yaklaşım ile ele alınması önem taşımaktadır (Ersu vd., 2020:52-54; Kelly vd., 2024:20)

Watson'ın İnsan Bakım Modeli, empati, şefkat ve bireysel duyarlılığı temel alarak hemşirelik yaklaşımı sunmaktadır. Bu modelde, hemşirenin aktif dinleme, güven sağlama, kültürel farklılıklara duyarlılık ve hasta odaklı bir yaklaşım benimsemesi önerilmektedir (Aghaei vd., 2020:2-3). Morbid obezite hastalarında bu yaklaşım, hastaların öz-bakım becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerini artırmakta ve ailelerinin bu sürece uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır. Hemşirelik bakımının bu şekilde sistematik bir modele dayalı olarak sunulması, fiziksel iyileşmenin yanı sıra ruhsal ve duygusal ihtiyaçların da karşılanmasını sağlamaktadır (Afonso vd., 2024:2)

Bu vaka çalışmasında da Watson'ın modelindeki temel ilkeler dikkate alınarak hemşirelik yaklaşımı sunulmuştur. Watson'ın İnsan Bakım Modeli doğrultusunda, morbid obezite tanısı alan hastaları ilaç kullanımı, yeme-içme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, ruh hali ve duyguları kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele almak, hastalıkla yaşamayı öğrenmelerine ve ailelerinin bu sürece uyum sağlamasına destek olmaktadır (Köksal ve Durgun, 2022:84).

Bu olgu sunumu; morbid obezite nedeniyle sleeve gastrektomi ameliyatı geçiren bir hastanın Watson İnsan Bakım Modeli rehberliğinde hemşirelik bakımı planlanmasını ve uygulanmasını içermektedir.

Olgu

Hasta Bilgileri:

Çalışmanın verileri 21.09.2024-26.09.2024 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir hastanede toplanmıştır. Hastanın mahremiyetini korumak amacıyla yalnızca baş harfleri (K.O) kullanılmıştır ve gizlilik ilkesine özenle uyulmuştur. Bilgilendirilmiş onam alınarak hastanın özerklik, gizlilik ve hakkaniyet haklarına saygı gösterilmiştir.

Öykü:

182 cm 130 kilo olan 20 yaşındaki erkek hastanın bilinen karaciğer yağlanması, insülin direnci ve hafif reflü tanıları mevcuttur. Soy geçmişinde bilinen bir özellik yoktur. Hastanın çocukluk döneminden itibaren fazla kilo sorunu bulunmaktadır. Hasta, diyet programları ile kilo veremediğinden dolayı morbid obezite için sleeve gastrektomi kararı alınarak 23.09.2024 tarihinde ameliyat gerçekleştirilmiştir.

Ameliyat Notu:

Morbid obezite nedeniyle yapılan sleeve gastrektomi ameliyatında mide, büyük kurvatur boyunca serbestleştirilerek 42 Fr kalibrasyon tüpü rehberliğinde küçültülmüştür. Zimba hattı dikilip kanama kontrolü sağlanmış ve mide yanına dren yerleştirilmiştir. Floroskopik incelemede ise kontrast madde geçişi sorunsuz olup darlık veya sızıntı tespit edilmemiştir. Hastanın klinik takibi önerilmiştir.

Ameliyat sonrası dönemde hastanın laboratuvar sonuçlarında lökosit, nötrofil, monosit ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerinde

yükseklik tespit edildi (Tablo 1). Bu bulgular dikkatle izlendi ve enfeksiyon riskine karşı uygun hemşirelik girişimleri uygulandı.

Tablo 1 – Anormal Laboratuvar Bulguları

Test Adı	Sonuç	Birim	Referans Değer
Lökosit	15.45 L	$\times 10^3/u$	4.06- 10.6
Nötrofil	10.5 L	$\times 10^3/u$	1.9-7.0
Monosit	1.41 L	$\times 10^3/u$	0.35- 1.01
Alanin Aminotransferaz (ALT)	54	IU/L	7-40
C-reaktif protein (CRP)	1.72	mg/dl	0-0.50

Watson'ın İnsan Bakım Modeli Bileşenlerine Göre Hemşirelik Yaklaşımı

Kişilerarası Bakım İlişkisi

Hemşire ve hasta arasında kurulan kişilerarası bağ, modelin temel taşlarından biridir. Bu ilişki; güven, empati ve duyarlılığa dayalıdır. Kişilerarası bakım ilişkisi, hemşirenin hastanın varoluşsal alanını anlamasını, bireyin duygusal ihtiyaçlarını fark etmesini ve bu ihtiyaçlara duyarlı bir şekilde yanıt vermesini sağlar. Watson'a göre,

bu ilişki, hasta ve hemşirenin birbirini etkilediği ve dönüşüme uğradığı bir etkileşim sürecidir (Kabasakal ve Kitiş, 2021:130).

Perioperatif Kapsamda Güvenin İnşası:

Ameliyat sürecinde, hastanın güven duygusunun inşası ve sürdürülebilirliği, hemşirenin bakım yaklaşımında önemli bir yer tutar. Bu vaka bağlamında perioperatif dönemde uygulanan hemşirelik yaklaşımı şu adımlarla özetlenebilir:

Ameliyat Öncesi Dönem:

Hastanın Endişelerinin Dinlenmesi: Hastanın ameliyatla ilgili tüm endişeleri dikkatle dinlenmiş ve korku ile kaygılarını ifade etmesi için uygun bir ortam sağlanmıştır. Aktif dinleme ve empati yöntemleriyle hastanın duygusal ihtiyaçları ön planda tutulmuştur. Hasta, beden görünümündeki değişim nedeniyle utanmakta, kilo alımının devam edeceğinden endişe duymakta ve ailesinin üzüldüğünü düşündüğü için mutsuz hissetmektedir.

Bilgilendirme ve Eğitim: Hasta, ameliyat süreci hakkında kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirme sırasında hastanın tüm soruları yanıtlanmış, endişeleri giderilmiş ve sürece dair net bir anlayış geliştirmesi sağlanmıştır.

Varoluşsal Alanın Keşfi: Hastaya, "Hayatında en çok önem verdiği şeyler nelerdir?", "Bu süreçte seni en çok etkileyen deneyimler neler oldu?", "Ameliyat sonrası kendin için neyi başarmayı umuyorsun?" gibi sorular yöneltilerek bireyin varoluşsal alanı anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu, hastanın kişisel değerlerine ve inançlarına saygı gösterildiğinin bir göstergesi olmuştur.

Aktif Katılımın Teşviki: Hasta, bakım sürecine aktif bir şekilde dahil edilmeye teşvik edilmiştir. Bu yaklaşım, hastanın sürece olan güvenini artırmış ve ameliyat öncesindeki duygusal yükünü hafifletmiştir.

Ameliyat Sonrası Dönem:

Hastanın Yanında Olma: Ameliyat sonrası dönemde, hastanın yanında olarak güven duygusu pekiştirilmiştir. Hasta ile sürekli iletişimde kalınarak fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarına yanıt verilmiştir.

Ağrı Yönetimi: Hastanın ağrı yönetiminde; ağrı skalası düzenli olarak değerlendirilmesi ve uygun ağrı yönetim tekniklerinin uygulanması sağlanmıştır.

Mobilizasyon ve Beslenme: Hastanın erken mobilizasyonu teşvik edilmiş ve ameliyat sonrası beslenme ihtiyaçları yakından takip edilmiştir. Bu süreçte, hastanın fiziksel iyileşmesini destekleyecek bireyselleştirilmiş bakım planları uygulanmıştır.

Ruhsal Destek: Watson'ın İnsan Bakım Modeli doğrultusunda, hastanın ruhsal ihtiyaçlarına odaklanılmıştır. Hasta, kaygılarını ve endişelerini paylaşması için desteklenmiş ve uygun bir ifade ortamı yaratılmıştır.

Bakım Durumu/Bakım Anı

Bakım Durumu, hemşire ile hastanın geçmiş yaşam deneyimleri ve varoluş alanlarının bütünleşmesiyle oluşur. Bu durum, hemşirenin hastanın gereksinimlerine bütüncül bir yaklaşımla yanıt vermesine olanak tanımaktadır.

Bakım Anı ise, hasta ve hemşirenin nasıl bir iletişim biçimi kuracaklarını belirlemelerine yardımcı olan, karşılıklı bir etkileşim

sürecidir. Bakım anı gerçekleştiğinde hem hastanın hem de hemşirenin memnuniyet duyduğu bir süreç ortaya çıkar. Watson’a göre, bakım anı, hemşire ve hasta arasında kişilerarası bir bağ kurmayı destekleyen insanî bir etkileşimdir.

Watson’ın tanımına göre, bakım anı, hemşire ile hasta arasındaki ilişkinin, duygusal bağların güçlendiği ve insancıl bir boyut kazandığı anlık deneyimlerden oluşmaktadır. Bu vakada, bakım anları, hemşirenin her bakım aşamasında hastaya özel bir ilgi göstermesi ile hayata geçirilmiştir (Kabasakal ve Kitiş, 2021:131 Kıymaz ve vd., 2021:205).

Ameliyat Öncesi Bakım Anı:

Ameliyat öncesi hazırlık sırasında, hastanın fiziksel hazırlığını tamamlarken aynı zamanda hastaya ameliyat süreci hakkında bilgi verip, güven hissetmesi sağlanmıştır. Bu sırada hastanın kaygılarını gidermeye yönelik yaklaşımlar sergilenmiş, bakım süreci hastanın duygusal ihtiyaçları ile bütünleştirilmiştir. Hasta, anestezi hekimi bilgisi dahilinde Clexane 0,4 enjeksiyonu uygulanarak ameliyata hazırlanmıştır. Yaşam bulguları kaydedilmiş ve sol el sırtına intravenöz katater yerleştirilmiştir. Antiembolik çoraplar giydirilmiş ve düşme riski eğitimi gibi güvenlik önlemleri uygulanmıştır.

Ameliyat Sonrası Bakım Anı:

Post-op 0. ve 1. Günlerde hastanın ağrı kontrolü, mobilizasyonu ve dren takibi gibi uygulamalarda hastanın gereksinimleri bireyselleştirilmiş bakımla özenle karşılanmıştır. Örneğin, hastanın ağrı duyduğunu ifade ettiği anlarda analjezik uygulanması gibi bakım anları, hastanın fiziksel iyileşmesine katkı sağlarken duygusal olarak güvende hissetmesini de desteklemiştir.

Post-op 0. Gün (Ameliyat Günü)

 zolen-M sıvı tedavisi 125 ml/saat hızında devam ettirilmiştir.  nsizyon bölgesi gözlem altına alınmış, Jackson-Pratt dren negatif basınçla takip edilmiştir. Antiembolik  oraplar ve pnömatik kompresör cihazı ile tromboemboli riskini azaltmak amacıyla gerekli önlemler alınmıştır. Hastanın ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlarını azaltmak amacıyla erken mobilizasyon sağlanmış ve Triflow cihazıyla solunum egzersizleri öğretilmiştir. Bu adım, Watson'ın modelindeki hastanın kendi bakımına katılımlarını sağlama ilkesi ile uyumlu olarak gerçekleştirilmiştir. Hastanın ameliyat sonrası duygusal destek ihtiya ı göz önünde bulundurulurken, hemşire sürekli olarak ulaşılabilir durumda olmuş ve hastaya güvende hissetmesini sağlamak için iletişim halinde olmuştur.

Post-op 1. Gün

Dren çevresindeki sızdırma nedeniyle pansuman yenilenmiş ve drenaj miktarı kaydedilmiştir. Hasta ağrı hissettiğinde analjezik uygulanarak ağrısı kontrol altına alınmış, ayrıca bu süreçte hastanın endişelerinin paylaşılmasına olanak tanınarak destek sağlanmıştır. Hastanın sıvı alımı (elma suyu ve su) başlatılmış, güvenli ve kontrollü bir şekilde hasta odası içinde mobilizasyon sağlanarak fiziksel iyileşmesi desteklenmiştir.

Post-op 2. Gün

Hastanın IV katateri değiştirilmiş, gerekli sıvı takibi yapılmış ve dren stabil seyrederek çıkarılmıştır. Dren çekilmesi, hastaya ameliyat sonrası iyileşme sürecinde kendine güven duygusu sağlamıştır. Hastanın sıvı ve protein alımını artırmak amacıyla

beslenme planı yapılmış, sağlıklı beslenme süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Ameliyat sonrası iki gün boyunca berrak sıvı diyeti verilmiş ve hastanın su, diyet jelatini, yağsız et suyu gibi sıvıları küçük yudumlar halinde alması sağlanmıştır. Watson modeline uygun olarak, hastanın ameliyat sonrası hayat tarzı değişikliği için hazırlığına destek olunmuştur.

Post-op 3. Gün

Hasta, gün içinde belirli aralıklarla hareket ettirilmiş ve mobilizasyonunun arttırılması sağlanmıştır. Bu süreçte hastaya sosyal desteğin de önemli olduğu vurgulanmıştır.

Taburculuk Eğitimi

Taburculuk öncesinde yara bakımı, beslenme ve fiziksel aktivite önerileri konusunda hastaya ve ailesine detaylı eğitim verilmiştir.

Hastaya beslenme eğitimi kapsamında; yaklaşık 10-14 gün boyunca tam sıvı diyeti verilerek süzölmüş çorbalar, yoğurt ve az şekerli süt ürünleri gibi besinler önerilmiştir. Daha sonra püre diyetine geçilerek hastanın katı yiyecekleri püre haline getirilmiş şekilde tüketmesi ve hastaya porsiyon kontrolü, yavaş yeme ve sıvıları yiyeceklerle birlikte almama konusunda dikkat etmesi önerilmiştir. Son aşamada, katı besinler diyetine geçilerek hastaya iyi pişmiş et gibi katı gıdalar tüketmesi, su tüketiminin yemekle birlikte alınmaması ve besinlerin iyi çiğnenmesi konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Her aşamada, porsiyon kontrolü sağlamak için hastaya küçük kap ve tabak kullanması önerilmiş ve günlük sıvı alımının $\geq 1360-1814$ mL olması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca,

hastaya yaşam boyu vitamin ve mineral desteği alması gerektiği hatırlatılmıştır (Kuyumcu, 2022:). Yüksel, 2016:39-45).

İyileştirici Faktörler/İyileştirici Süreçler

Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nde, iyileştirici süreçler hemşirelik bakımında insancıl bir yaklaşımı öne çıkaran, hastanın duygusal, manevi ve fiziksel iyileşmesine katkıda bulunmayı amaçlayan temel faktörlerdir (Dağcan ve Gürol Arslan, 2022:155). Bu yaklaşımla, morbid obezite cerrahisi geçiren hastaya yönelik iyileştirici süreçler aşağıdaki şekilde ele alınmıştır:

1. İnsancılık-Adanmışlık

Hastaya sevgi ve saygıyla yaklaşmış, güven verici bir ilişki kurulmuştur. Ameliyat öncesinde hastanın korku ve endişeleri hakkında konuşması için fırsat tanınmış, duygusal desteğin bir parçası olarak hasta merkezli bakım uygulanmıştır. Cerrahi sürecin onun için anlamı ve beklentileri üzerine samimi bir ortam sağlanarak, hemşire hastanın güvenini kazanmıştır.

2. İnanç ve Umut

Hastanın ameliyat sonrası hayatı ile ilgili umutlarını ifade etmesi için cesaretlendirilmiştir. Kilo kaybı sonrası sağlıklı yaşamına kavuşacağına dair inancı desteklenmiş, hedeflerine ulaşabilmesi için moral verilmiştir. Ameliyat sonrası sürecin zorluklarını aşacağına dair destekleyici sözlerle güven telkin edilmiş, hastanın kendine olan inancı artırılmıştır.

3. Duyarlılık

Hastanın ameliyat süreci ve sonrası ile ilgili endişelerine duyarlılıkla yaklaşmıştır. Özellikle cerrahi sonrası beden imajında

değişiklikler olacak olan hastanın bu duruma uyum sağlaması için ona uygun bir dil kullanılarak konuşulmuş, yaşadığı bedensel ve ruhsal süreçlere özen gösterilmiştir. Ayrıca, diyet ve fiziksel aktivite konularında duyarlılıkla bilgilendirilmiş, iyileşme sürecinde yalnız olmadığı hissettirilmiştir.

4. Yardım-Güven İlişkisi

Hastanın ameliyat sonrası ihtiyaç duyacağı özbakım becerileri üzerine eğitim verilmiş, dren takibi, yara bakımı ve hareket etme konularında rehberlik sağlanmıştır. Örneğin, hareket kısıtlılığına karşı nasıl güvenle mobilize olabileceği gösterilmiştir. Özbakım sürecinde hemşirenin güven verici varlığı hastanın kendine olan güvenini artırmıştır.

5. Olumlu ve Olumsuz Duyguların İfadesi

Hastanın ameliyat süreci ve sonrası için hissettiği duygular ifade etmesi için cesaretlendirilmiştir. Operasyonun yarattığı endişe, gelecekle ilgili umutları, kilo kaybı sonrası değişen beden algısı gibi konularda konuşması sağlanmış, bu süreçte olumsuz duygularını ifade etmesine olanak tanınmıştır. Bu destek, hastanın duygusal olarak rahatlamasına yardımcı olmuştur.

6. Problemleri Çözme

Hastanın ameliyat sonrası dönemde yaşayabileceği fiziksel ve psikolojik sorunların çözümü için bireysel ihtiyaçlarına uygun olarak hareket edilmiştir. Örneğin, erken mobilizasyon sağlanarak fiziksel iyileşme sürecine katkıda bulunulmuş, kilo kaybı hedeflerine ulaşabilmesi için diyetisyen ile birlikte plan yapılmıştır. Bu süreç,

hastanın iyileşme sürecine katkı sağlarken motivasyonunu artırmıştır.

7. Öğrenme-Öğretme

Hastaya, kilo verme sürecinde dikkat etmesi gereken diyet kuralları, yara bakımı, hareketlilik ve fiziksel aktiviteler hakkında ayrıntılı eğitim verilmiştir. Bu eğitimlerde yazılı ve görsel materyaller kullanılarak bilgilendirilmiş, öğrendiği bilgileri günlük yaşamına uygulaması desteklenmiştir. Böylece hasta, kendi bakımını üstlenme becerisini geliştirmiştir.

8. İyileşme Çevresi

Hastanın odasında rahat bir çevre sağlanmış, pozisyon değişimi ve mobilizasyonun iyileşme üzerindeki etkisi konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Odasında televizyon izleyerek veya müzik dinleyerek zaman geçirmesi önerilmiş, ameliyat sonrası stresini azaltmaya yönelik olumlu bir çevre oluşturulmuştur. Hastaya kendini iyi hissettirecek materyaller sunularak motivasyonu artırılmıştır.

9. Gereksinimlere Yardım

Hastanın bağımsızlık düzeyine göre yardıma ihtiyaç duyduğu durumlar tespit edilmiştir. Özellikle ameliyat sonrası dren bakımı, özbakım uygulamaları ve mobilizasyon gibi konularda gereken yardımlar sağlanmıştır. Hastanın talebi doğrultusunda uygulamalar yapılmış, kendini hazır hissetmediği durumlarda cesaretlendirilmiştir. Bu destek, hastanın kendini güvende ve rahat hissetmesine katkı sağlamıştır.

10. Varlıksal-Fenomenolojik Manevi Boyutlara İzin Verme

Hastaya manevi destek sağlanarak ameliyat sonrası sürecin ruhsal yönü üzerinde de durulmuştur. Yeni bir yaşam tarzına uyum sağlama sürecinde sabır, umut ve inanç kavramlarının önemi vurgulanmıştır. Hastanın hissettiklerini, hayallerini ve umutlarını paylaşmasına olanak sağlanmış, ameliyat süreciyle ilgili manevi ve psikolojik anlamda desteklenmiştir.

Girişimlerin Değerlendirilmesi

Morbid obezite cerrahisi geçiren hastanın hemşirelik süreci, Watson'ın İnsan Bakım Modeli çerçevesinde titizlikle değerlendirilmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan hemşirelik girişimleri, hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Ameliyat Öncesi Dönem Değerlendirmesi:

Ameliyat öncesinde, hemşirelik süreci, hastanın endişelerini dinleyerek güven inşası ile başlamıştır. Hastaya ameliyat süreci hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, kaygıların azaltılması ve güven hissettirilmesi açısından kritik olmuştur. Bu dönemde sağlanan kişisel destek ve bilgi akışı, hastanın ameliyat öncesi psikolojik durumunu iyileştirmiştir.

Ameliyat Sonrası Dönem Değerlendirmesi:

Ameliyat sonrası dönemde, hemşirelik girişimleri hasta merkezli bir yaklaşımla sürdürülmüştür. İlk günlerde ağrı yönetimi, mobilizasyon ve dren takibi gibi temel hemşirelik işlemleri, hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemiştir. Özellikle ağrı yönetimi

ile hastanın konfor düzeyi artırılmış, mobilizasyon teşvik edilerek komplikasyon riskleri azaltılmıştır. Hastanın sıvı alımının izlenmesi ve uygun beslenme planlarının uygulanması hem fiziksel iyileşmeyi desteklemiş hem de hastanın beslenme alışkanlıklarının yeniden şekillenmesine yardımcı olmuştur. Ameliyat sonrası ki günlerde sağlanan eğitsel destekle, hastanın beslenme süreçlerine aktif katılımı sağlanmış ve kendi bakımına olan güveni artırılmıştır.

İyileştirici Süreçlerin Değerlendirilmesi:

Watson'ın modeline göre, iyileştirici süreçler hastanın ruhsal ve fiziksel iyiliğine katkıda bulunmayı hedeflemiştir. Hastaya sağlanan manevi destek ve duygusal güvence, hastanın ameliyat sonrası sürecindeki kaygılarını azaltmış ve olumlu bir iyileşme ortamı yaratmıştır. Hastanın bireysel ihtiyaçlarına duyarlılık gösterilmesi ve her aşamada cesaretlendirici bir yaklaşım sergilenmesi, iyileşme sürecini desteklemiştir.

Sonuç

Morbid obezite cerrahisi geçiren hastaya uygulanan hemşirelik girişimleri, Watson'ın İnsan Bakım Modeli çerçevesinde bütüncül bir yaklaşım benimseyerek hastanın hem fiziksel hem de ruhsal iyiliğine katkı sağlamıştır. Bu hemşirelik girişimleri, yalnızca tıbbi bir müdahale değil, aynı zamanda insani ve şefkat dolu bir bakım sürecinin önemli bir örneğini sunmaktadır. Watson'ın modeli, hemşirelik pratiğinde hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi ve uygulanmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, hemşirelik bakımının bütüncül bir süreç olduğu ve bu süreçte insani değerlerin ön planda tutulması gerektiği ortaya konulmuştur.

Kaynaklar

Afonso, S. D. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230231. doi:10.1590/0034-7167-2023-0231

Aghaei, M. H., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2020). Watson's human caring theory-based palliative care: a discussion paper. *International Journal of Cancer Management*, 13(6), e103027. doi:10.5812/ijcm.103027

Carron, M., Safaee Fakhr, B., Iepariello, G., & Foletto, M. (2020). Perioperative care of the obese patient. *Journal of British Surgery*, 107(2), e39-e55. doi:10.1002/bjs.11447

Dağcan, N., & Gürol Arslan, G. (2022). Covid-19 geçirmiş, açık kalp cerrahisi uygulanan hastanın Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre hemşirelik yaklaşımı: Olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(2), 154-164. doi:10.53490/eghemshire.993426

Ersu, N. K., Ersu, A., Balcı, U. G., & Öngel, K. (2020). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile obez hastanın değerlendirilmesi ve obezite tedavisinde cerrahinin yeri, *Smyrna Tıp Dergisi*, 52-54.

Jolfaei, A. G., Lotfi, T., Pazouki, A., Meybod, A. M., Soheilipour, F., & Jesmi, F. (2016). Comparison between marital satisfaction and self-esteem before and after bariatric surgery in patients with obesity. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 10(3), e2445. doi: 10.17795/ijpbs-2445

Kabasakal, A., & Kitiş, Y. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 6(2), 45-50. doi:10.25279/sak.516353

Kelly, O., Salaja, B., O'Byrne, A., & Heneghan, H. (2024). Surgical treatment of Obesity. In *Musculoskeletal Disease and Obesity: Multi-disciplinary Interventions*, Cham: Springer Nature Switzerland, doi:19-28. 10.1007/978-3-031-63310-2_3

Kılıç Uçar, A., Coskun, A. K., Yigit, T., Güvenç, G., & Pardes, B. B. (2024). Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 10(2), 237-247. doi:10.53394/akd.1212239

Kıymaz, D., Bal, C., Koç, Z., & Çiftçi, A. B. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımına bir örnek: Ateşli silah yaralanması olgusu, *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 204-210.

Köksal, N., & Durgun, H. (2022). KOAH tanısı ile izlenen bireyin Watson İnsan Bakım Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 82-93. doi:10.46413/boneyusbad.1012363

Kuyumcu, A. (2022). Sleeve gastrektomi sonrası dehidrasyona bağlı oluşan biyokimyasal değişiklikler ve tıbbi beslenme tedavisi: Olgu sunumu. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 50(1), doi:109-115. 10.33076/2022.BDD.1637

Yüksel, A. (2016). Bariatrik 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.

BÖLÜM XVI

Konjenital Kalp Hastalığı Olan Adolesanlarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Tutku KIRÇI TEMİZ¹
Evrım KIZILER²

Giriş

Konjenital kalp hastalıkları, kalbin doğumda mevcut olan yapısal ve işlevsel bozukluklarıdır. Bu bozukluklar kalbin odacıklarını, kalp kapakçıklarını veya kan damarlarını etkileyebilmektedir (National Heart, Lung and Blood Institute, 2022; American Heart Association (AHA), 2024). Amerikan Kalp Derneği her 1000 bebekten en az sekizinin konjenital kalp hastalığı ile doğduğunu bildirmektedir (American Heart Association [AHA],

¹ Arş. Gör., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara/ Türkiye, Orcid: 0000-0003-4078-5255, tutkukrc29095gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara/ Türkiye, Orcid: 0000-0003-3188-6396, evrimkiziler@yahoo.com

2024). Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 11.000 ile 17.000 arasında bebek konjenital kalp hastalığı ile dünyaya gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Konjenital kalp hastalıklarında sağkalım oranı hastalığın düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile birlikte konjenital kalp hastalığına sahip çocukların %97'den fazlası yetişkin döneme ulaşmaktadır (Mandalenakis & ark., 2020). Sağkalım oranlarının artması tedaviye uyum ve öz yönetimin önemini arttırmaktadır (Mandalenakis & ark., 2020).

Tedaviye uyum, hastanın hekim tarafından belirlenen tedavi rejimine uyum düzeyini ifade etmektedir (Dimatteo, 2004; Horne & ark., 2005). Öz yönetim ise bireyin kendisi ile ilgili bir durumu uygun şekilde yönetebilmesi, karar alabilmesi ve gerçekçi tepkiler verebilmesidir (Özdelikara, Taştan Gürkan & Şen Atasayar, 2020). Tedaviye uyum ve öz yönetim becerilerinin düşük olması tıbbi komplikasyonları arttırarak yaşam kalitesinin düşmesine ve sağlık bakım sisteminin aşırı kullanımına yol açmaktadır. Bu nedenle konjenital kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerin refah düzeyinin arttırılmasında tedaviye uyum son derece önemlidir (Lederle & Blitzer, 2019).

Tedaviye uyumun sağlanması ve öz yönetim becerilerinin kazanılması açısından en kritik dönemlerden biri adolesan dönemdir. Adolesan dönemde biyolojik, psikolojik, sosyal ve bilişsel yönden değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlere uyum sağlamaya çalışan adolesanlar için kronik bir hastalığın varlığı bu dönemi daha karmaşık hale getirmektedir. Adolesan dönemde hastalığın uzun dönem etkilerinin öngörülememesi, tedavinin öneminin anlaşılamaması, bağımsızlık arayışı, muhakeme ve duygu düzenleme becerilerinin etkili kullanılamaması gibi nedenlerle

tedaviye uyum zorlaşmaktadır (Suris, Michaud & Viner, 2004; Kyngäs, Kroll & Duffy, 2000; Russo, 2022). Halling ve arkadaşları (2021) tarafından konjenital kalp hastalığı olan bireylerle yürütülen bir çalışmada 451 hastanın %35.9'unun tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Halling & ark., 2021). Wray ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada da benzer şekilde konjenital kalp hastalığına sahip adolesanların büyük çoğunluğunun bilgi eksikliği, daha fazla takip edilmeye gerek duymamaları veya sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan engeller nedeniyle takip ve tedavileri bıraktığı belirlenmiştir (Wray & ark., 2013). Bu kapsamda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

Adolesanlarda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Adolesanların tedaviye uyumunu ve öz yönetim becerilerini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, psikososyal faktörler, sosyoekonomik faktörler, iletişimsel faktörler ve motivasyonel faktörlerdir (Baroletti & Dell'Orfano, 2010) (Şekil 1).



Şekil 1. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler

Psikososyal faktörler

Psikososyal faktörler, sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkileyen duygusal, sosyal ve bilişsel etkilere sahiptir. Bu faktörler, stres ve anksiyete gibi duygusal tepkileri, aile desteği ve akran ilişkileri gibi sosyal dinamikleri ve sağlık inançları, kendilik algısı gibi bilişsel yönleri içermektedir (Kupper & ark., 2024). Konjenital kalp hastalığına sahip adolesanlar, beslenme-aktivite kısıtlamaları, cerrahi işlemlere bağlı beden imajı değişiklikleri, sürekli takip gerekliliği, yaşam boyu ilaç kullanımı gibi nedenlerle kendilerini sağlıklı bireylerden farklı hissedebilmekte, toplumda kabul görme konusunda içsel bir çatışma yaşayabilmektedir. Bu durum adolesanların stres düzeyini arttırmakta, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Claessens & ark., 2005).

Adolesanların tedaviye uyumunu etkileyen bir diğer psikososyal faktör sosyal destektir. El Chouli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kalp hastalığı olan adolesanlarda sosyal desteğin, hastalık öz yönetimini ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir (El Chouli & ark., 2024). Adolesan dönemde sosyal destek kaynakları içinde akran desteği daha ön plana çıkmaktadır (Kohut & ark., 2014). Adolesanlar dönem özellikleri gereği arkadaşlarına ve sosyal çevrelerine tıbbi tedavilerinden daha fazla önem vermektedir. Bu nedenle akranlarının yanında tıbbi tedavi davranışlarını yerine getirmeye karşı direnç göstermektedir. Bunun sonucunda hastalık sürecini uygun şekilde yönetememekte, kötü sağlık algısı geliştirmektedir. Vanhalst ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, yalnızlık duygusu hisseden adolesanların bazı depresif semptomlar gösterdiği ve kötü sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir (Vanhalst & ark., 2013). Rassart ve arkadaşları tarafından konjenital kalp hastalığı olan adolesanlar ile yürütülen bir

çalışmada, akran ilişkilerinin kimlik gelişimi üzerinde etkili olduğu, sonraki süreçte sağlık sonuçlarını etkilediği belirtilmektedir (Rassart & ark., 2012).

Sosyoekonomik faktörler

Sosyoekonomik faktörler, hastaların tedaviye uyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sosyoekonomik faktörler arasında sağlık sigortasının olmaması ve işsizlik ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan ve gelir durumu düşük olan adolesanlar ve ebeveynleri sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar, yetersiz ekonomik durumun aileler üzerinde yük oluşturduğunu göstermektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010; Mughal & ark., 2011). Ekonomik zorlukların en çok ilaçların temin edilmesinde ve tıbbi prosedür ücretlerinin karşılanmasında yaşandığı bilinmektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010; Mughal & ark., 2011). Ayrıca, konjenital kalp hastalıkları çoğu zaman diğer pek çok kronik hastalıktan farklı olarak cerrahi tedavi gerektirmektedir. Bu durum tedavi masraflarını arttırmaktadır. Mughal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada konjenital kalp hastalığına sahip adolesanların sağlık hizmeti maliyetinin aile süreçlerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirlenmiştir. Ek olarak çalışmaya katılan adolesan ve ebeveynlerinin çoğunluğunun düşük veya orta sosyoekonomik statüye sahip olduğu ve çocuklarının kesin tedavisinin cerrahi olması nedeniyle bu süreci yönetmekte zorlandıkları belirlenmiştir (Mughal & ark., 2011). Düşük sosyoekonomik düzey, kardiyak bakıma erişimin önünde engel teşkil etmekte ve uzun vadede tedaviye uyumu etkilemektedir (Greenwell & ark., 2024).

İletişimsel faktörler

Kronik hastalık yönetiminde adolesan ebeveyn ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim önemlidir. Konjenital kalp hastalığı gibi kronik hastalığa sahip olan adolesanların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Adolesanlar sıklıkla hastalıkları ve bununla nasıl baş edecekleri konusunda kapsamlı bir bilgilendirmeye ihtiyaç duymaktadır (Lesch & ark., 2014). Deyk ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada konjenital kalp hastalığı olan adolesanların takip sıklığı ve ilaç rejimi konusunda orta düzeyde bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (Deyk & ark., 2010). Adolesanların hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olmamaları durumunda tedaviye uyumları da kötü olmaktadır. Bu nedenle etkili iletişim ve uygun zamanda başlatılan sağlık profesyonelleri tarafından verilen bireyselleştirilmiş eğitimler hastalık sürecine ve tedaviye uyumu kolaylaştırabilmektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010). Ladouceur ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada verilen eğitimin adolesanların sağlık bilgisi ve tedaviye uyumları üzerinde önemli etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ladouceur vd., 2017). Hwang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde konjenital kalp hastalığı olan adolesanlara verilen eğitimin adolesanların öz-yeterliliğini, olumlu sağlık davranışlarını ve psikososyal durumlarını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Hwang, Chae & Kim, 2024).

Motivasyonel faktörler

Motivasyon eksikliği, kronik hastalığa sahip hastalarda tedaviye bağlılığın önünde bir engeldir. Özellikle adolesan dönemde hastaların tedaviye uyumsuzluğu çoğu zaman hastalıklarının ciddiyeti ve tedavinin yararları konusunda farkındalığın olmaması

veya tedaviye yönelik motivasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hastalar, tedavinin gözle görülür bir etkisi olmadığında genellikle tedaviyi aksatma eğilimi göstermektedir. Bu duruma ilaçların potansiyel yan etkilerinin olduğu düşüncesi veya toksisite ile ilgili kaygılar neden olabilmektedir (Baroletti & Dell’Orfano, 2010). Ayrıca yaşam tarzı kısıtlamalarının konjenital kalp hastalığı olan adolesanlarda psikososyal engellerle birleşerek motivasyonu düşürdüğü ve tedaviye uyumu azalttığı bilinmektedir (Buchanan & ark., 2023).

Hemşirelik Yaklaşımları

Kronik hastalıklarda bireyin dengeli ve kaliteli bir yaşama ulaştırılmasında amaç, hastanın sağlığını iyileştirme ve geliştirmenin yanında hastalığına ve tedaviye uyumunu, psikososyal problemlerin uygun şekilde yönetimini ve iş birliğini sağlamaktır (Akdemir & Birol, 2005). Hemşireler bakımın sağlanması ve kronik hastalıkları olan hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için önemli bir konumda yer almaktadır (Robbins-Monteith, 2012). Adolesanların tedaviye uyumunu artırmaya yönelik hemşirelik yaklaşımları şunlardır:

- Hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönden bütüncül olarak ele alınması,
- Hastalar ile motivasyonel görüşmeler yapılması,
- Hastaların yaşam tarzı kısıtlamalarına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması ve bu konuda alternatiflerin oluşturulması,
- Eğitim materyallerinin oluşturulması,
- Öz yönetim desteğinin sağlanması,

- Benzer durumdaki bireylerden oluşan akran gruplarının oluşturulması,
- Hastaların erken adolesan dönemden geç adolesan döneme geçişinde rehberliğin kullanılması,
- Bireyselleştirilmiş hasta yaklaşımının kullanılması,
- Tedavi rejiminin bir parçası olarak hasta ile beraber yazılı eylem planlarının oluşturulması,
- Mobil sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi,
- Adolesanlar için sağlık merkezine gelmeden danışmanlık alabilmelerini sağlayacak teknoloji tabanlı yazışma programları ve mobil uygulamaların kullanılması ve adolesanların bu uygulamaların varlığı konusunda bilgilendirilmesi,
- Sağlık bakım hizmetinin koordine edilmesi ve
- Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, bireyler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin ve etkileşimin geliştirilmesinde, bakımın kalitesinin artırılmasında, maliyet-etkililiğin sağlanmasında, hastanın bakıma aktif katılımının sağlanmasında önemli etkisi olan “Kronik Bakım Modeli” anlayışının benimsenmesi önemli hemşirelik müdahaleleri arasındadır (Badawy, Thompson & Kuhns, 2017; Wagner, Austin & Von Korff, 1996; İncirkuş & Nahcivan, 2015; Boehmer & ark., 2018;).

Sonuç

Adolesan dönemde tedaviye uyum, sağlığın sürdürülmesi için önemlidir. Hemşirelik müdahaleleri, kronik hastalığa sahip

adolesanların tedaviye uyumlarının arttırılmasına katkı sağlamaktadır. Hemşirelerin, adolesanların psikososyal ihtiyaçlarını anlaması ve onlara uygun yaklaşımlar sunması, tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır. Bu bağlamda, tedaviye uyum konusunda erken dönemde hemşirelik yaklaşımlarının uygulanmasının adolesanların uzun vadeli sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkiler oluşturacağı düşünölmektedir.

Kaynaklar

Akdemir, N., & Birol, L. (2005). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.

American Heart Association (AHA).
<https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/understand-your-risk-for-congenital-heart-defects> Erişim tarihi 14 Ağustos 2024.

Baroletti, S., & Dell’Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121(12), 1455–1458. doi:10.1161/circulationaha.109.

Badawy, S.M., Thompson, A.A., & Kuhns, L.M. (2017). Medication adherence and technology-based interventions for adolescents with chronic health conditions: A few key considerations. *JMIR Mhealth Uhealth*, 5(12), e202. doi: 10.2196/mhealth.8310.

Boehmer, K.R., Abu Dabrh, A.M., Gionfriddo, M.R., Erwin, P., & Montori, V.M. (2018). Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(2), e0190852. doi: 10.1371/journal.pone.0190852.

Buchanan, M., Spence, C., Keir, M., & Khoury, M. (2023). Physical activity promotion among individuals with Tetralogy of Fallot. *CJC Pediatr Congenit Heart Dis.*, 2(6Part A), 322-334. doi: 10.1016/j.cjcpc.2023.08.002.

Claessens, P., Moons, P., Decasterle, B., Cannaerts, N., Budts, W., & Gewillig, M. (2005). What does it mean to live with a congenital heart disease? A qualitative study on the lived

experiences of adult patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 3–10. doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.12.003.

DiMatteo, M.R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns*, 55, 339-344.

Deyk, K.V., Pelgrims, E., Troost, E., Goossens, E., Budst, W., Gewillig, M., & Moons, P. (2010). Adolescents' understanding of their congenital heart disease on transfer to adult-focused care. *The American Journal of Cardiology*, 106(12), 1803-1807.

El-Chouli, M., Jørgensen, S.M.B., Christensen, D.M., Drachmann, I., Sehested, T.S.G., Malmborg, M.W., Chamat-Hedemand, S., Sindet-Pedersen, C., Idorn, L., Gislason, G.H., Gerds, T.A., Michelsen, S.I., & Johnsen, N.F. (2024). Determinants of life satisfaction in adolescents with congenital or acquired heart disease: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 3319. doi: 10.1186/s12889-024-20758-5.

Greenwell, A.A., Deng, M.X., Ross, S., Weixler, V., & Vervoort, D. (2024). Socioeconomic status and access to care for pediatric and adult congenital heart disease in universal health coverage models. *J Cardiovasc Dev Dis.*, 16(8), 250. doi: 10.3390/jcdd11080250.

Halling, T., Akkermann, S., Löffler, F., Groh, A., Heitland, I., Haefeli, W.E., Bauersachs, J., Kahl, K.G., & Westhoff-Bleck, M. (2021). Factors that influence adherence to medication in adults with congenital heart disease (ACHD). *Front Psychiatry*, 12, 788013.

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking.

Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCsDO). pp. 7-160.

Hwang, J.H., Chae, S.M., & Kim, G.B. (2024). Effects of an online health management program for South Korean adolescents with complex congenital heart disease during their transition to adulthood: A randomized controlled trial. *Pediatr Cardiol.*, Jul 26. doi: 10.1007/s00246-024-03599-2.

İncirkuş, K., & Nahcivan, N.Ö. (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *F.N. Hem. Derg.*, 23(1), 66-75.

Kyngäs, H., Kroll, T., & Duffy, M. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. *J Adolesc Health*, 26, 379–388.

Kohut, S.A., Stinson, J., van Wyk, M., Giosa, L., & Luca, S. (2014). Kronik hastalığı olan ergenler için akran desteği müdahalelerinin sistematik incelemesi. *Uluslararası Çocuk ve Ergen Sağlığı Dergisi*, 7(3), 183–197.

Kupper, N., van den Houdt, S., Kuijpers, P.M.J.C., & Widdershoven, J. (2024). The importance, consequences and treatment of psychosocial risk factors in heart disease: less conversation, more action! *Neth Heart J.*, 32, 6–13.

Ladouceur, M., Calderon, J., Traore, M., Cheurfi, R., Pagnon, C., Khraiche, D., Bajolle, F., & Bonnet, D. (2017). Educational needs of adolescents with congenital heart disease: Impact of a transition intervention programme. *Arch Cardiovasc Dis.*, 110(5), 317-324. doi: 10.1016/j.acvd.2017.02.001.

Lederle, M., & Bitzer, E.M. (2019). A close look at lay-led self-management programs for chronic diseases and health care utilization: A systematic review and meta-analysis. *Ger Med Sci*, doi: 10.3205/000269.

Lesch, W., Specht, K., Lux, A., Frey, M., Utens, E., & Bauer, U. (2014). Disease-specific knowledge and information preferences of young patients with congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 24(2), 321–330. doi:10.1017/s1047951113000413.

Mandalenakis, Z., Giang, K.W., Eriksson, P., Liden, H., Synnergren, M., Wähländer, H., Fedchenko, M., Rosengren, A., & Dellborg, M. (2020). Survival in children with congenital heart disease: Have we reached a peak at 97%? *Journal of the American Heart Association*, 9(22). doi:10.1161/jaha.120.017704.

Mughal, A.R., Sadiq, M., Hyder, S.N., Qureshi, A.U., Shah, S.S., Khan, M.A., & Nasir, J.A. (2011). Socioeconomic status and impact of treatment on families of children with congenital heart disease. *J Coll Physicians Surg Pak.*, 21(7), 398-402.

National Heart, Lung and Blood Institute. (2022). Congenital Heart Defects. (Erişim tarihi 12 Aralık 2024). <https://www.nhlbi.nih.gov/health/congenital-heart-defects>.

Özdelikara, A., Taştan Gürkan, A., & Şen Atasayar, B. (2020). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağ Bil Der.*, 5(1), 42-49.

Robbins-Monteith, K. (2012). Medication adherence in adolescents: Implications for nursing practice. https://www.academia.edu/6947807/Medication_Adherence_in_Ad

Rassart, J., Luyckx, K., Apers, S., Goossens, E., & Moons, P. (2012). Identity dynamics and peer relationship quality in adolescents with a chronic disease. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(8), 625–632. doi:10.1097/dbp.

Russo, K. (2022). Assessment and treatment of adolescents with chronic medical conditions. *J Health Serv Psychol.*, 48(2), 69-78. doi: 10.1007/s42843-022-00059-4.

Suris, J.C., Michaud, P.A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938-942. doi:10.1136/ad.2003.045369.

Vanhalst, J., Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Goossens, L., Moons, P., & i-DETACH Investigators. (2013). Trajectories of loneliness in adolescents with congenital heart disease: Associations with depressive symptoms and perceived health. *J Adolesc Health*, 53(3), 342-349. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.027.

Wagner, E.H., Austin, B.T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74(4), 511-44.

Wray, J., Frigiola, A., & Bull, C. (2013). Adult congenital heart disease research network (ACoRN). Loss to specialist follow-up in congenital heart disease; out of sight, out of mind. *Heart*, 99(7), 485-490. doi: 10.1136/heartjnl-2012-302831.

Yıldız, A. (2024). Neonatal kritik doğumsal kalp hastalıkları tarama rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi/db/Dokumanlar/Kitaplar/Neonatal_Kritik_Dogumsal_Kalp_Hastalıkları_Tarama_Rehberi.pdf Erişim tarihi 14 Ağustos 2024.

BÖLÜM XVII

Ampütasyon Sonrası Fantom Hissi ve Fantom Ağrısına Hemşire Perspektifinden Bakış

Züleyha Şimşek Yaban¹
Havva BOZDEMİR²
Seçil Ekiz ERİM³

Giriş

Ampütasyon, bir organın kısmi veya tam kesilmesi olarak tanımlansa da sıklıkla uzuvlar için kullanılır. Uzuvların travmatik ampütasyonu en eski cerrahi girişimlerden biridir. Günümüzde, tıp alanındaki ilerlemeler sayesinde, giderek daha az sıklıkta, esas olarak kötü huylu tümörlerde, ileri iskemi veya uzuvlardaki kan

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0002-5079-2099 zuleyha.simsek@kocaeli.edu.tr

² Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0001-6403-0426 havva.bozdemir@kocaeli.edu.tr

³ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye, Orcid: 0000-0003-0723-2229 ekiz@kocaeli.edu.tr

dolaşımının tamamen kesilmesi durumlarında ve ayrıca önemli travmatik yaralanmalarda uygulanmaktadır (Bernateda, 2019; Castelli, 2021).

Ampütasyon, Türk Dil Kurumu sözlüğünde kol, bacak, kulak gibi organların tedavi amacıyla kısmen veya tamamen kesilip çıkartılması olarak tanımlanmakla birlikte (TDK, 2024), Castelli (2021) tarafından bir organın kısmen ya da tamamen çıkartılması olarak ta tanımlamaktadır. Literatürde fantom uzuv hissi ve fantom uzuv ağrısı (phantom limb pain- PLP) olarak tanımlanan bu tip nöropatik ağrı ile sıklıkla ekstremitte amputasyonları sonrası karşılaşsak ta meme, penis gibi üreme sistemi organı, kulak, burun, rektum, dil diř, mesane, rektum, mide gibi organlar da (Björkman & ark., 2010; Katran & Akyüz, 2022) amputé edilebilmekte, bu organlarda da fantom hissi (FH) ve fantom ağrısı (FA) görülebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005-2050 yılları arasındaki uzuv kaybı yaygınlığının tahmin edildiği bir araştırmada; 2005 yılı için toplam 1.6 milyon insanın uzvunu kaybettiği, 2050 yılı için ise bir uzuv kaybıyla yaşayan insanların sayısının iki katından fazla artarak 3,6 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. 2005 yılı için 190 Amerikalıdan birinin uzuv kaybıyla yaşadığı ve kontrol altına alınmazsa, bu sayının 2050 yılına kadar iki katına çıkabileceği öngörülmektedir (Ziegler - Ghraham & ark., 2005).

Organ veya uzvun halen yerindeymiş gibi hissedilmesi olarak tanımlanan FH ve olmayan organ/uzuvda ağrı şeklinde hissedilen FA, ameliyat sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan kronik sorunlardır (Katran & Akyüz, 2022). Türk Dil Kurumu fantom

kelimesini “hayalet” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2024). Fantom ağrı ise; periferik ve santral nöronlardaki patoloji ile ortaya çıkan nöropatik bir ağrı olarak tanımlanmaktadır (Campo- Prieto & Rodríguez-Fuentes, 2018, Katran & Akyüz, 2022).

Uzuv kaybı yaşayan tüm hastaların %98 kadarı, bir uzuvlarını kaybettikten kısa bir süre sonra fantom uzuvlarında sıcaklık veya soğukluk hissi, kaşıntı hissi, basınç ve hatta pozisyon hissi gibi bir his yaşar. Çoğu ampütede, bu hisler anesteziden uyandıktan kısa bir süre sonra ortaya çıkar; ancak bazılarında bu tür hisler ampütasyondan günler veya haftalar sonra ortaya çıkabilir (Anderson-Barnes & ark., 2009).

FARKLI ORGANLARDA FANTOM AĞRI TİPLERİ

Fantom uzuv ağrısı iyi tanımlanmış olsa da, diğer fantom ağrıları daha az sıklıkla bildirilmektedir ve fantom ağrısı hemen hemen her organda ortaya çıkabilir. Fantom ağrısının etiyolojisi hala yeterince anlaşılmamış olmakla birlikte baskın teori, ağrının kopmuş sinir uçlarının tahrişinden kaynaklandığıdır. Uzuv ağrısının dışında, en sık tanımlanan fantom ağrıları arasında mastektomi sonrası fantom meme ağrısı, fantom mesane ağrısı ve kanser nedeniyle anal rezeksiyon sonrası anal ağrı yer alır.

Fantom uzuv ağrısı: Fantom uzuv ağrısı genellikle kesilen vücut parçasının bitişindeki bölgelerdeki ağrı veya hisle karıştırılır. Buna rezidüel uzuv (residüel limb pain-RLP) veya güdük ağrısı denir ve yoğunluğu genellikle PLP ile pozitif ilişkilidir. RLP, amputasyon sırasında vücut dokularına verilen fiziksel hasardan kaynaklanmaktadır. Yara yerindeki amputasyon sonrası ağrı, rezidüel uzuvdaki ve fantom uzuvdaki ağrıdan da ayırt edilmelidir.

Ampütasyondan sonra, üçü birlikte ortaya çıkabilir (Le Feuvre & Aldington, 2013). PLP nöropatik ağrı olarak sınıflandırılırken, rezidüel uzuv ağrısı ve ampütasyon sonrası ağrı nosiseptif ağrı olarak sınıflandırılır. PLP genellikle fantom uzvun distal kısmında daha yoğundur ve fiziksel faktörler (kalıntı uzuvdaki basınç, günün saati, hava durumu) ve duygusal stres gibi psikolojik faktörler tarafından ortaya çıkarılabilir ve şiddetlenebilir (Le Feuvre & Aldington, 2013).

Fantom uzuv ağrısı amputelerde tek tip görülmemekle birlikte özellikleri her bireyde değişiklik göstermektedir. Sıklıkla bu duyular, hoş bir sıcaklık hissinden rahatsız edici bir kaşıntı, zonklama, bükülme, sıkıştırmaya kadar değişebilir; "yanma, kramp, ezilme, karıncalanma veya sızlama" olarak tanımlanabilmektedir ve aralıklı veya kalıcı olarak hissedilebilmektedir (Anderson-Barnes & ark., 2009; Campo-Prieto & Rodríguez-Fuentes, 2018; Le Feuvre & Aldington, 2013;). Fantom uzuvdaki hisler ağırlı olarak tanımlanabilecek kadar yoğun hale geldiğinde, klinik tanı PLP'dir. Amputelerin %80'inden fazlasında PLP görülmekte (Anderson-Barnes & ark., 2009; Culp & Abdi 2022), amputelerin %60-90'ı hayatlarının bir noktasında PLP yaşamakta, hastaların yaklaşık %75-85'inin amputasyondan hemen sonra (Anderson-Barnes & ark., 2009), %60-75'i ise amputasyondan iki yıl sonra PLP deneyimlediğini bildirmektedir (Björkman & ark., 2010).

Fantom meme ağrısı: Hayalet meme ağrısı, hayalet meme hissi ile birlikte görülebilir ve bu duruma hayalet meme sendromu (Phantom breast syndrome- PBS) denir. PBS, meme kanserinin başlıca cerrahi tedavi seçeneklerinden biri olan mastektominin komplikasyonlarından biridir. PBS hissi, çıkarılan memenin

tamamının, yarısının veya sadece meme ucunun hissedilmesiyle ortaya çıkabilir. Hissin türü kaşıntı, ağırlık veya karıncalanma olarak tanımlanabilir ve bu hisler ağrılı veya ağrısız olabilir. Genellikle hayalet meme tam olarak önceki boyut ve şekilde hissedilir, ancak; bazı hastalar hayalet memelerini eskisinden daha ağır ve büyük hissedebilirler (Aygin & Şen, 2017). Hastalar memelerinin hala mevcut olduğunu hissederler; hatta memenin ucunda ve içinde ağrı tanımlarlar (Katran & Akyüz, 2022). Aygin ve Şen'in literatür taraması sonucunda 11 çalışmada toplam 627 hastaya mastektomi uygulandığı, hastaların 49'unda (%7.8) fantom meme sendromu, 413'ünde (%65.8) fantom meme hissi, 42'sinde (%6.7) ise fantom meme ağrısı olduğu belirlenmiştir. Bu literatür taramasında; fantom meme hissi/ağrısının ameliyattan sonraki ilk 15 günden 60 aya kadar geliştiği, fantom meme sendromunun lokalizasyon olarak tüm memede ve 40 yaşından küçük hastalarda daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır. Fantom meme hissi ve ağrısının depresyon seviyesini arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü, uyku bozukluklarına neden olduğu, anksiyolitik kullanımını arttırdığı ve beden imajını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (Aygin & Şen, 2017).

Fantom mesane ağrısı: Sistektomi sonrası fantom mesane ağrısı, mesanenin alınmasından sonra oluşan nöropatik bir ağrıdır. Fantom mesane ağrısı sıklıkla vaka raporlarında tanımlanmıştır ve başka epidemiyolojik veri bulunmamaktadır. Mesanenin olmadığı yerde ancak mesanenin olduğu bölgede ağrı hissetmekle karakterizedir. Diğer fantom ağrıların etiolojisinde olduğu gibi, fantom mesane ağrısının nedeninin de nöronal mekanizmalardaki değişikliklerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Fantom mesane

ağrısı, dolu mesane hissi, alt karın ağrısı veya mesane spazmları gibi bulgularla kendini gösterebilir. Bu ağrının şiddeti değişebilir ve rahatlama için multimodal ilaç tedavisi, sinir blokları (en sık tanımlananlar sempatik ganglion bloklarıdır) veya nöromodülasyon teknikleri gibi özel ağrı yönetimi yaklaşımları gerekebilir. Sistektomi sonrası nadir ve zorlu fantom mesane ağrısı durumu için umut verici ve etkili bir tedavi seçeneği olarak dorsal kök ganglion stimülasyonu ağrı ve spazmlarda önemli bir rahatlama sağladığı için önerilmekle birlikte ağrı bozukluklarının yönetiminde bu tekniğin etkinliğinin daha fazla araştırılması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Thalla & ark., 2024).

Fantom rektum sendromu (FRS): Abdominoperineal rezeksiyon (APR) ve ostomi açılan hastalarda yaygın olarak belirlenmiştir. FRS hisleri ağrısız ve acılı olarak sınıflandırılabilir. Ağrısız hisler arasında çıkarılan rektumun hala mevcut olduğu algısı, çıkarılan rektumda dışkı hissi, dışkılama isteği algısı veya çıkarılan anüsten gaz çıkarma ihtiyacı yer alır. Ağrılı hisler genellikle hayalet ağrı olarak tanımlanır. Fingren ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada; APR uygulanan ve fekal ostomi oluşturulan bir grup hastanın %96'sının ameliyattan sonraki ilk 8 ayda ağrısız ve ağrılı PRS hissi yaşadığını, %62,5'inin ağrılı PRS duyumları, %83'ünün ağrısız PRS algıları ve %46'sının hem ağrısız hem de ağrılı duyumlar deneyimlediği sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca, hastaların %29'u PRS'nin endişe ve kaygılara neden olduğunu ve günlük yaşamı olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Bu çalışma ile hemşirelerin ameliyat öncesi danışmanlık sırasında hastaları PRS hakkında eğitmeleri ve takip sırasında bu öğretiyi pekiştirmeleri gerektiği önerilmektedir (Fingren, Lindholm & Carlsson, 2013). Çinli

hastalarda fantom rektum sendromunun yaygınlığı ve özelliklerinin incelendiği bir araştırmada da FRS sıklığı %40 olarak belirlenmiştir (Cherng & ark., 2001).

NEDENLERİ

Fantom uzuv ağrısının kesin etiyojisi bilinmemektedir ve klinisyenler tarafından sıklıkla tartışılmaktadır. PLP gelişiminde merkezi sinir sistemindeki değişiklikler, çevresel faktörler ve psikolojik faktörlerin sorumlu olduğuna vurgu yapılmaktadır (Le Feuvre & Aldington, 2013). Çoğu teori hem merkezi sinir sistemi (MSS) hem de periferik sinir sisteminin (PNS) bir kombinasyonunu içerdiği üzerinde durmaktadır. Ampüte uzvun hem afferent hem de efferent innervasyonunun kesilmesi nedeniyle PNS açıkça etkilenmiş olsa da, santral sinir sistemi tutulumu plastisite ve modülasyonda rol oynayan periferik girdilerin kaybindan kaynaklanmaktadır (Culp & Abdi, 2022).

Ampütasyon;

- Ateşli silah yaralanmaları, iş kazaları, kesici ve delici alet yaralanmaları vb. gibi travmatik nedenlerle,
- Ağır doku harabiyeti ve gazlı gangreni takiben enfeksiyon durumlarında,
- Kötü huylu tümörlerin tedavisinde,
- Ateroskleroz gibi periferik damar hastalıklarında,
- Doğuştan ekstremité özürleri ve

- Anormal doku büyümeleri gibi nedenlerle yapılmaktadır (Castelli, 2021; Katran & Akyüz, 2022; Özsoy & Okyayuz 2016).

Fantom uzuv ağrısı gelişimi için risk faktörleri arasında ameliyat öncesi ve sonrası şiddetli ağrı, ağrıyla başa çıkmak için uygun yöntemlerin kullanılamaması (ağrıya karşı olumsuz duygular) ve ileri yaş yer almaktadır. Ayrıca hava değişiklikleri, duygusal stres, yorgunluk ve amputasyon sonrası kalan doku üzerindeki baskı da fantom ağrıyı tetikler (Katran & Akyüz, 2022).

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

PLP sıklıkla hastaların yaşam kalitesini etkiler ve amputasyonun neden olduğu sınırlamaları artırır, potansiyel olarak sosyal ve/veya mesleki yeniden bütünleşmeyi tehlikeye sokar (Campo- Prieto & Rodríguez-Fuentes, 2018). PLP için hem farmakolojik (steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar, anti-nöbet ilaçları, beta-blokerler ve kas gevşeticiler, trisiklik antidepressanlar, morfin, ketamin vb.) hem de farmakolojik olmayan (transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu, transkraniyal manyetik stimülasyon, omurilik stimülasyonu, protez kullanımı, hipnoz, akupunktur, ayna tedavisi, hedefli kas reinnervasyonu, akupunktur, sanal gerçeklik, vb.) bir dizi tedavi seçeneği vardır. PLP için geçerli, basit ve ucuz bir tedavi olan ayna terapisi, günlük ağrı ataklarının yoğunluğunu ve süresini azaltarak PLP'yi hafifletmede her geçen gün daha fazla oranda kullanımı tercih edilmektedir (Campo-Prieto & Rodríguez-Fuentes, 2018, D'arcy, 2005)

***Ağrı yönetimi:** Cerrahi ağrının yönetiminde standart tedaviler nöropatik ağrının giderilmesinde etkili değildir. Bu nedenle

fantom ağrının yönetiminde farklı analjeziklerin kombine kullanımı ya da multimodel analjezi yaklaşımı tercih edilmelidir (D'arcy, 2005). Ağrıyı değerlendirmede hastanın ağrısı olup olmadığının sorgulanmasından sonra alınan evet yada hayır cevabı ağrının değerlendirilmesinde yeterli olmayıp ağrının şiddeti, yeri, süresi, sıklığı, ağrının arttığı ve azaldığı durumlar mutlaka sorgulanmalı, sübjektif olarak ifade edilen ağrının ölçek değerlendirmeleri ile objektif olarak ta tanımlanması sağlanmalıdır (Çöçelli, Bacaksız & Ovayolu, 2008). Hemşire diğer sağlık ekibi üyelerinden farklı olarak hasta ile daha fazla zaman geçirmesi nedeniyle ağrı yönetiminde çok önemli bir role sahiptir. Ağrı algısı, tanısı ve ağrıya verilen tepkiler kişiden kişiye değişir. Bu nedenle hastanın ağrı değerlendirmesi detaylı anamnez, sürekli yakın takip ve uygun ölçüm araçları kullanılarak yapılmalıdır. Hemşirenin hastaya ağrı ile baş etme tekniklerini öğretmesi, daha önceki ağrı deneyimleri ve nasıl başa çıktığını öğrenerek gerektiğinde bu yöntemlerden yararlanması, planlanan tedaviyi uygulayarak etki ve sonuçlarını izlemesi önemlidir (Çöçelli, Bacaksız & Ovayolu, 2008; Katran & Akyüz 2022).

***Ayna tedavisi:** Ayna tedavisi, motor ve duysal süreçleri etkilediği gösterilen terapötik bir müdahaledir. Etki, kesilmiş uzvun var olacağı yere yerleştirilen bir ayna aracılığıyla sağlam uzvun yansımalarının görüntülenmesiyle yaratılır (Le Feuvre & Aldington 2013). Ayna terapisi uygulamasında, birey önüne dikey olarak bir ayna yerleştirilir. Sağlam uzuv, aynanın yansıtıcı kısmına bakarken, kesilmiş uzuv aynanın arkasına gizlenir. Etkilenmemiş uzuv kullanılarak, aynanın önünde farklı pozisyonların gözlemlenmesi, temel motor egzersizleri, duysal uyaranların kullanıldığı

egzersizler, çeşitli nesnelerin kullanıldığı motor egzersizleri ve zihinsel uygulama gibi çeşitli egzersizler günlük 20 ila 30 dakika süresince yapılır. Ayna terapi yönteminde ayna yardımıyla kişinin sağlam taraf hareketlerinden faydalanarak ağrılı veya hareket kısıtlılığı olan bölge için normal algı geliştirmesi hedeflenmektedir. Ayna terapisi; noninvazivdir, PLP tedavisinde kullanılan en ucuz ve en etkili yöntemlerden biridir, herhangi bir yerde, herhangi bir zamanda uygulanabilir, yaşam kalitesini artırır ve bir uygulayıcı olmaksızın yapılabilir (Berg & ark., 2023; Collins & ark., 2018).

***Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS):** Fantom ağrı semptomlarını azaltmada rezidüel ekstremitelerde periferik sinirlere TENS uygulaması kullanılmaktadır. Tedavinin mekanizması güdük üzerindeki duyuşal afferentleri uyarak hayalet uzuvda duyum oluşturmak şeklindedir (Berg & ark., 2023).

***Sanal gerçeklik:** Sanal gerçeklik (Virtual reality- VR) tedavisinde uzuvları kesilen kişilerin kayıp uzuvlarının sanal görüntülerini oluşturmak için ileri teknolojiler kullanılmaktadır (Berg & ark., 2023; Collins & ark., 2018; Culp & Abdi, 2022).

***Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden süreçlendirme (Eye movement desensitization and reprocessing- EMDR):** Yüksek travma odaklı sekiz aşamalı bir psikoterapi yöntemidir. EMDR tedavisinin asıl amacı panik, endişe, korku, suçluluk duygusu, öfke, depresif reaksiyon, fobi ve yas gibi rahatsızlık verici tabloların arka planındaki travmatik olayları işlemek ve bu yolla kişinin şikayetlerini azaltmaktır (Le Feuvre & Aldington 2013).

***Protez kullanımı:** Protez cihazları, bazı ampütelerde ampüte bireyin vücut bütünlüğünü kısmen sağlamak için kullanılır. Yapay bir vücut parçasına sahip olmak, zihni parçanın gerçek olduğuna inandırarak PLP'de bir azalmaya yol açar (Berg & ark., 2023; Le Feuvre & Aldington 2013).

*Tüm bu yöntemlerin dışında fantom ağrısı gidermede; akupunktur, masaj, periferik sinir stimülasyonu, elektrokonvülsif tedavi, kademeli motor imgeleme, sinir bloğu gibi tedavilere de başvurulabilmektedir (Berg & ark., 2023; Maria Alejandra & ark., 2023).

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Ampütasyon, tıbbi boyutu ile bireyin organik süreçlerini etkiliyor olsa da hastanın tepkilerini belirleyen ruhsal bir boyuta da sahiptir. Bireyin hastalığına ve ampütasyona yüklediği anlam ve bu durumu nasıl algıladığı kişinin tepkilerinin belirlenmesinde önemli bir yer tutar. Değişen duruma uyum sağlama sürecinde; bireylerin kişisel sağlamlıkları ve bakım verici konumda olan kişilerin yaklaşımları ve çabaları önemli rol oynar. Bu süreçte; cerrah, ortopedist, fizyoterapist, biyomekanik ya da protez uzmanı, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ailenin hastanın iyilik halinin geliştirilmesinde birlikte çalışmaları önemlidir (Özsoy & Okyavuz, 2016).

Ampütasyonlu hastalar için hemşirelik bakımı, [ağrısı](#) yönetmeyi, [yara bakımı](#) sağlamayı, [hareketliliği](#) ve rehabilitasyonu teşvik etmeyi, psikolojik destek sunmayı, hastaları ve ailelerini eğitmeyi, bakımı diğer sağlık profesyonelleriyle koordine etmeyi, komplikasyonları izlemeyi ve uzun vadeli takibi

sağlamayı içerir. Hastaların yeni koşullarına uyum sağlamalarına, bağımsızlıklarını yeniden kazanmalarına ve genel refahlarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için fiziksel, duygusal ve eğitimsel ihtiyaçlarını ele almayı içerir.

Hemşire, bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımı ile hastasını biyolojik, zihinsel, sosyal, ruhsal, kültürel yönden bütüncül bir şekilde ele alarak hastasının genel durumunu tanımalı ve bakımını planlamalıdır. Bu süreçte hemşirenin bakım vericilerle, sağlık ekibinin diğer üyeleriyle terapötik bir iletişim sürecinde olması önemlidir (Bernateda, 2019).

Var olmayan bir uzuvdan kaynaklanan ağrı, hem hastalar hem de hemşireler için zorlu bir durum yaratır. Hastalara ve hemşirelere PLP'nin bakım ve tedavi gerektiren gerçek bir olgu olduğu bilgisini sağlamak zorunludur. Bu bilgi, hastaların PLP hakkında konuşmalarına ve gerektiğinde yardım istemelerine olanak tanıyarak sorunların azalmasına yol açacaktır. Hastalar fantom hissi veya ağrı yaşadığında bunu ifade etmesi teşvik edilmelidir. PLP'nin benzersiz özelliklerini anlamak için doğru ve sık değerlendirmeler yapmak, hastalara karşı yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemek ve perioperatif süreç boyunca eğitim vermek önemli hemşirelik girişimleridir (Virani, Green & Turin, 2014).

Bunların dışında amputé bir bireye bakım veren hemşirenin dikkat etmesi gereken bakım öncelikleri;

- Ameliyattan önce hastaya fantom ağrısının amputasyon/uzuv çıkarma işleminin olası bir komplikasyonu olduğu, ameliyat/amputasyon sonrası görülme sıklığı bildirilmelidir.

- Hemşire sadece ampütasyonun ve fantom ağrısının fiziksel yönlerini değil, psikolojik ve sosyal yönlerini de ele almalıdır.
- Hastalar akıl sağlıklarını kaybettiklerinin düşünülmesinden endişelenerek ve çekinerek çoğunlukla fantom ağrısını gizlerler. Hastaya ağrıların olabileceği ameliyat öncesi dönemde anlatılmalıdır. Hemşire, hastaya bu durumun giderek azalacağı ve bir yıl içerisinde kaybolacağını açıklamalıdır (Karamanoğlu & Özer, 2008).
- Hasta, fantom hissi veya ağrı yaşadığında bunu ifade etmeye, ağrı yönetiminin her aşamasında sorularını ve endişelerini paylaşmaya teşvik edilmelidir (Katran & Akyüz, 2022).
- Tedavi planı kişiye özel olmalı ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımıyla yönlendirilmelidir (Le Feuvre & Aldington 2013).
- Ampüte bir bireyin psikolojik sorunları olabilir. Bunlardan biri de vücudun görünümünü kabul etmekteki zorluktur. Çok zor ve farklı bir konu ise yalnızlık korkusu, depresyon, bağımsızlıktan yoksun olma korkusu, aile ve arkadaşları tarafından terk edilme korkusudur. Gelecek korkusu, aile ve arkadaşların tepkisi şiddetli depresyona yol açacaktır. Destek göstermek ve hastanın görünümünü ve sınırlamalarını kabul etmesine yardımcı olmak çok önemlidir. Ampütasyon deneyimi bireyin fiziksel ve psikolojik değişikliklerle birlikte "uyum tepkileri" yaşamalarına neden olur. Bu uyum tepkileri; öfke, gelecek korkusu, üzüntü, öz saygı değişikliği ve kaygı gibi duyguları içerir. Ancak bu tepkilerin patolojik

tepkiler olarak kabul edilmediğini vurgulamak önemlidir. Bu nedenle, hastanın mümkün olan en kısa sürede psikolojik tedavi alması ve bu konuda bir uzmana yönlendirilmesi önemlidir. (Bernateda, 2019).

- Duygusal stres fantom ağrıyı tetikleyebilir; bu nedenle amputé bireyin işlevsellik ve görünümdeki değişikliklerle başa çıkabilmesi için danışmanlık veya grup terapisi almaya teşvik edilmesi önemlidir (D'arcy, 2005).
- Özellikle uzuv/organ kaybı konusunda bireyin yaşadığı korkular belirlenmeli ve korkudan kurtulmaya yönelik girişimler planlanmalıdır (Katran & Akyüz, 2022).
- Hasta, yakın çevresinin engeline vereceği tepkiden korkar. Hastanın çevre tarafından reddedilme korkusu, sıklıkla sosyal temaslardan vazgeçmesiyle sonuçlanır. Ancak, fiziksel aktivite bozukluğu, kişilerarası temaların bozulmasının ve izolasyonun nedenidir. Mesleki işlevsellik de amputeler için bir sorundur. Hasta, fiziksel iş yapamamaktadır ve hayalet ağrı nedeniyle zihinsel iş de yapamamaktadır. Sonuç olarak, mali sorunlar ve yaşam koşullarının bozulması gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilir. Hasta mutlaka bu yönleri ile de değerlendirilmelidir (Bernateda, 2019).
- Ağrı, insan fonksiyonları üzerinde çok olumsuz bir etkiye sahiptir. Amputasyondan sonra hastaya hem fiziksel hem de zihinsel ağrı eşlik edebilecektir. Hissedilen ağrı, rehabilitasyon sürecini üstlenmede ve düzgün bir şekilde uygulamada bir engel olabilir. Zihinsel ağrı, gelecek

korkusu, aile ve arkadaşların tepkisi ciddi bir depresyona neden olacaktır. Hastanın en uzun süre uğraşmak zorunda kalacağı ağrı hayalet ağrısıdır (Bernateda, 2019). Hastanın ağrısı kabul edilmeli, uygun ağrı değerlendirme yöntemleri/ölçüm araçları ile belirlenmeli, hastanın ağrısını hafifletmek ve en aza indirmek için hasta ile birlikte uygun yöntemleri seçmeli ve uygulamalıdır (Katran & Akyüz, 2022).

- Hastalar her aşamada ağrıya yönelik soruları ve endişeleri için cesaretlendirilmeli ve teşvik edilmelidir.
- Rehabilitasyonun etkili olması ve istenilen etkileri göstermesi için, erken postoperatif dönemde uygulanması gerekir. Hem fizyoterapist hem de hemşire rehabilitasyon sürecinde büyük rol oynar. Hasta için en faydalı işbirliği her iki uzmanın işbirliği ile olacaktır. Aktiviteler arasında hijyen alanında, güdüğün güçlendirilmesi, doğru pozisyonlama ve anti-ödem tedavisi ile ilgili eğitimler yer alır (Bernateda, 2019).
- Bireyin amputasyon sonrası bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması kaygısı, iş ve ilişki kaybı, beden imajında değişiklik gibi duygusal hislerin ve fiziksel işlev bozukluğu gibi faktörlerin belirlenmesi hemşirelik bakım planı aşamasında dikkate alınmalı, gerekli girişimler planlanarak uygulanmalıdır (Katran & Akyüz, 2022)
- Uzuv kaybından sonra bir hasta, görünümünü ve sınırlamalarını kabul etmede destek ve yardım bekler. Hemşire, hastayı rehabilitasyona girmeye teşvik etmeli,

hastayı güdük bakımı hakkında eğitmelidir. Modern protezler, hastaya nispeten normal bir yaşam sürme şansı verir. Bu aktiviteler, hastanın amputasyondan kısa bir süre sonra ameliyattan önce yaptığı rolleri tekrar yapabileceği umudunu yeniden kazandırır. Hemşire, ilerleyen süreçler için hastayı protezler hakkında bilgilendirmelidir (Bernateda, 2019).

- Hastayı etkilenen ekstremitayı hareket ettirmeye teşvik ettirmek beynin amputasyon sonrası geri kalan kısımla yeniden bağlantı kurmasına yardımcı olur, dolaşımı teşvik eder ve ödemi azaltır (D'arcy, 2005).
- Bir ayna varsa, ayna terapisi her yerde ve her zaman kullanılabilir ve ağrı seviyelerini azaltmada ayna tedavisi yöntemi tercih edilebilir (Berg & ark., 2023; Collins & ark., 2018).

Aşağıda tek taraflı alt ekstremita aynalı hareket egzersizlerine bir örnek verilmiştir (her birinin 10 tekrarı önerilmektedir).

1. Dizinizi yavaşça düzeltin, ardından her iki dizinizi birbirine doğru bükün.
2. Bacaklarınızı yavaşça düzeltin ve ardından yürüyormuş gibi her iki dizinizi dönüşümlü olarak bükün.
3. Ayaklarınızı birleştirin, ayaklarınızı yukarıya doğru uzatın ve sonra aşağıya doğru uzatın.
4. Ayak tabanlarınızı birbirine doğru çevirin ve sonra birbirinden uzaklaştırın.

5. Ayaklarınızı dairesel olarak sola ve sağı doğru hareket ettirin.
6. Ayaklarınızı yürüme hareketiyle yerden kaldırın.
7. Ayak bileğınızı ve ayağınızı sabit tutarken ayak parmaklarınızı önce yukarı, sonra aşağı doğru uzatın.
8. Ayak parmaklarınızı sıkın ve açın.
9. Ayak parmaklarınızı açın ve ardından gevşetin.

10. Ayak baş parmaklarınızı yukarı kaldırın ve diğer ayak parmaklarınızı aşağı indirin, sonra baş parmağınız aşağı, diğer ayak parmaklarınız yukarı bakacak şekilde hareketi tersine çevirin (Le Feuvre & Aldington 2013).

- Hipnoz, akupunktur, TENS, EMDR, biofeedback, masaj, soğuk uygulama ve gevşeme teknikleri fontom ağrı için kullanılan diğer girişimsel olmayan tekniklerdir. Hastaya bu teknikler hakkında da bilgi verilmelidir.

SONUÇ

Ampütasyon, psikolojik, sosyal, ruhsal ve fiziksel sağlığını, bireyin genel sağlık algısını ve iyilik halini bozan bir süreçtir. Bu sorunlar ile baş etmeye ve yeni durumuna uyum sağlamaya çalışan hastalara bütüncül bir bakım verilmelidir. Hemşire ampütasyon sonrası genel durumu bozulmuş ve fantom hissi/ağrısı deneyimleyen ve sorunlarla baş etmeye ve yeni durumuna uyum sağlamaya çalışan hastalara uygun yaklaşımlarda bulunmalı; bakım, eğitim, tedavi, araştırma, danışmanlık ve rehabilitasyon rollerini yerine getirerek

hastasına bütüncül yaklaşım ile bakım vermeli ve bu süreci istendik şekilde atlatabilmesine yardımcı olmalıdır.

KAYNAKÇA

Anderson-Barnes, V.C., McAuliffe, C., Swanberg, K.M. & Tsao, J.W. (2009). Phantom limb pain – A phenomenon of proprioceptive memory? *Medical Hypotheses*, 73(4), 555–558. doi: 10.1016/j.mehy.2009.05.038. Epub 2009 Jun 24.

Aygin, D. & Şen, S. (2017). Fantom meme sendromunun görülme sıklığı ve klinik özellikleri: literatür taraması. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(1), 97-106. doi:10.16899/gopctd.302984.

Berg, M.P., Guiler, K.R., Zlabek, C.E. & Abraham, S.P. (2023). Alternative therapies for phantom limb pain. *IJSRM, Human Journals*, 26(2),1-14.

Bernadeta, J. (2019). Nursing care of a patient after limb amputation - case study. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(9),424-429. doi:<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3408523>.

Björkman, B., Arnér, S., Lun, I. & Hydén, L.C. (2010). Adult limb and breast amputees' experience and descriptions of phantom phenomena-A qualitative study. *Scandinavian Journal of Pain*, Jan 1, 1(1), 43-49. doi: 10.1016/j.sjpain.2009.09.001.

Campo-Prieto, P. & Rodríguez-Fuentes, G. (2022). Efectividad de la terapia de espejo en el dolor del miembro fantasma. Una revisión actual de la literatura. *Neurología*, 37,668-681.

Castelli, I. (2021). Psychological rehabilitation on a patient with breast and arm amputation: a case report. *Education Society and Human Studies*, 2(4), 1-6.doi:[10.22158/eshs.v2n4p1](https://doi.org/10.22158/eshs.v2n4p1).

Cherng, C.H., Wong, C.S., Ho, S.T. & Chang, C.J. (2001). Prevalence and clinical characteristics of phantom rectum syndrome after rectum resection in Chinese patients. *The Pain Clinic*, 13(2),113-117. doi:10.1163/156856901753420963.

Collins, K.L., Russell, H.G., Schumacher, P.J., Robinson-Freeman, K.E., O'Connor, E.C., Gibney, K.D., Yambem, O., Dykes, R.W., Waters, R.S. & Tsao, J.W. (2018). [A review of current theories and treatments for phantom limb pain](#). *The Journal of Clinical Investigation*, 128(6),2168-2176. doi:[10.1172/JCI94003](#).

Culp, C.J. & Abdi, S. (2022). Current understanding of phantom pain and its treatment. *Pain Physician*, October, 25, E941-E957.

Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.

D'arcy, Yvonne. (2005). Managing phantom limb pain. *Nursing*, 35(11),17.

Fingren, J., Lindholm, E. & Carlsson, E. (2013). [Perceptions of phantom rectum syndrome and health-related quality of life in patients following abdominoperineal resection for rectal cancer](#). *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 40, 280-286. doi:[10.1097/WON.0b013e31827e8b20](#).

Karamanoğlu, A. & Özer, F.G. (2008). Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 1-6.

Katran, H.B. & Akyüz, N. (2022). The nurse's role in a patient with phantom sensation-phantom pain. *Journal of Nursology*, 25(1),60-62. doi: 10.54614/JANHS.2022.662389.

Le Feuvre, P. & Aldington, D. (2014). Know pain know gain: proposing a treatment approach for phantom limb pain. *BMJ Military Health*, 160, 16-21. [doi:10.1136/jramc-2013-000141](https://doi.org/10.1136/jramc-2013-000141).

Maria Alejandra, N.S., Flor Andrea Alcocer, R., Ronald Mauricio Blanco, M., Jhon Navarro, G., Dominguez de Ramirez, M.R., Saldivar Ruiz, I.I., Bonilla Bonilla, F.R., Rodríguez Falla, D.A., Mendoza Robles, P.C., Urbina Zuniga, R.A., Turcios Erazo, V.P., Amaya Gómez, N.C., Argueta Martinez, C.J. (2023). Phantom limb pain: current concepts and treatment strategies. *Open Access Journal of Neurology & Neurosurg*, 18(2), 555982. [doi:10.19080/OAJNN.2023.18.555982](https://doi.org/10.19080/OAJNN.2023.18.555982).

Özsoy, İ. & Okayayuz, Ü.H. (2016). Amputasyon geçirmiş kişilerin baş etme becerileri: Olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 45-51. doi: 10.5505/kpd.2016.30074.

Thalla, N., Levy, I., Pribonic, A.P., Chauhan, G. & Srinivasan, S.K. (2024) Dorsal root ganglion stimulation for the management of phantom bladder pain: A Case Report. *Cureus*, 16(2), e55043. [doi:10.7759/cureus.55043](https://doi.org/10.7759/cureus.55043).

TDK (202). Türk Dil Kurumu Sözlükleri (14.12.2024 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden ulaşılmıştır).

Virani, A., Green, T., Turin, T.C. (2014). Phantom limb pain: a nursing perspective. *Nursing Standard*, Sep 9, 29(1), 44-50. [doi:10.7748/ns.29.1.44.e8730](https://doi.org/10.7748/ns.29.1.44.e8730).

Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Travison TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United

States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitatio*, 89(3), 422-429. doi:10.1016/j.apmr.2007.11.005.

BÖLÜM XVIII

Yaşlılık, Göç ve Halk Sağlığı Hemşireliği

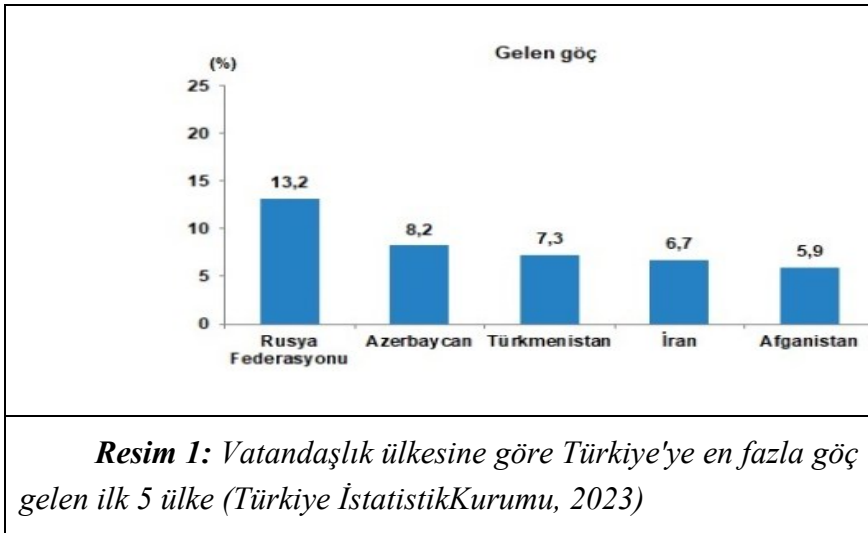
Hümeyra HANÇER TOK¹

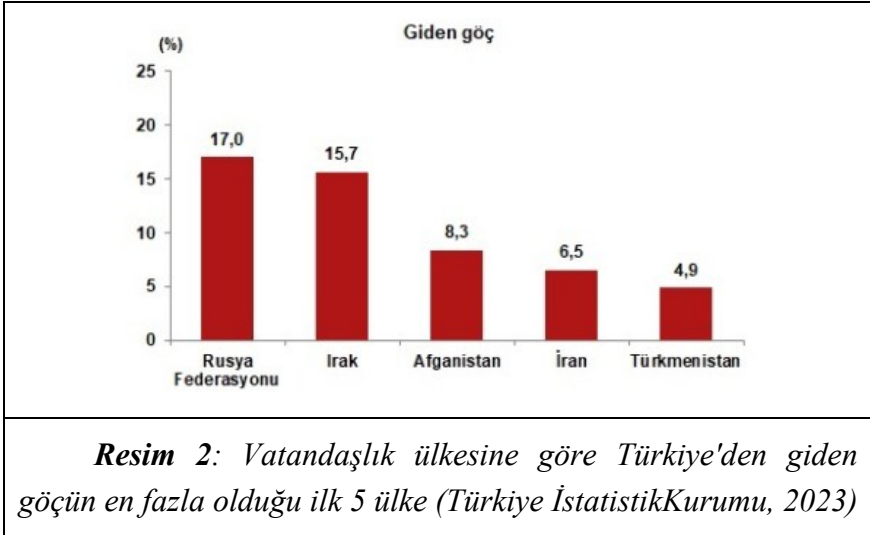
Göç: Bir Yaşamın Taşınması

Göç, insanların yaşamlarını sürdürmek için yeni yerlere gitmesi ve bu yerlerde geçici ve kalıcı olarak yerleşmesidir. Tarihin çeşitli zamlarında insanlar çeşitli nedenlerle göç etmiştir. Günümüz dünyasında küreselleşme ile birlikte daha da karmaşık bir hal almıştır (Ekici & Tuncel, 2015). Göç için çeşitli nedenler bulunmaktadır. Bu nedenlerin özünde gidilen yerin, avantajlarının olmasıdır. Ancak, göçün nedenini beş başlıkta konuşabiliriz bunlar; ekonomik, sosyal, siyasi doğal ve kültürel nedenlerdir (Başel, 2007; Gür & Ural, 2004; Tamer, 2020). Suriye de ortaya çıkan iç savaş sonrası Türkiye'ye doğru, ciddi bir göç yaşanmaya başlamıştır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Sivas/Türkiye, Orcid: 0000-0003-3283-4192, hancertok@cumhuriyet.edu.tr

Suriye kökenli yaklaşık 10 milyon insan evini terk etmiştir. Bu insanların yaklaşık 4-4,5 milyonu; Lübnan, Ürdün, Türkiye gibi komşu ülkelere göç etmişlerdir (Erdoğan, 2015, s. 317). Ek olarak TÜİK (2023) verilerine göre 316 bin 456 kişi yurt dışından Türkiye'ye göç etmiştir. Türkiye' göç gelen bireylerin büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (%54.2). Bu göç gelenlerin büyük çoğunluğu yabancı uyruklu bireylerdir. Benzer olarak, Türkiye'den başka ülkelere göç eden nüfusun büyük çoğunluğu erkektir ve göç eden bireylerin sayısı 714 bin 579.2'dur (Apak & Artan, 2024; Türkiye İstatistik Kurumu, 2023). Türkiye'ye en fazla göç veren ve göç alan ülke Rusya federasyonudur (Resim 1,2).





Türkiye'ye gelen ve Türkiye'den göç edenlerin büyük çoğunluğu 40 yaş üzerinde ve çocuktur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023).

Yaşlılık ve göç

Göç birey ve aileler için başlı başına bir sorunken yaşlılar daha fazla etkilenmektedir. Bu durumun nedeni olarak; yaşlılıkta esnekliğin azalması, yaşla birlikte sosyal destek sistemlerinin daralması, sağlık (fiziksel-ruhsal) problemleri ve kayıp korkusudur. Göç, öncesi, süreci ve sonrasında psikolojik ve fiziksel sorunlar bireyleri derinden etkilemektedir. Bu süreçte göçmenler, bulaşıcı ve kronik hastalıklarla, Travma ve Yaralanmalar, Beslenme Bozuklukları ile mücadele etmektedir (Turan et al., 2018). Öte yandan; Göç süreci yaşlılar için pek çok psikolojik yük ve hastalığı beraberinde getirebilmektedir. Bu yük ve sorunlar, Kültür Şoku, kayıp yalnızlık, Kimlik Bunalımı vb. beraberinde getirmektedir (F.

Chen et al., 2022; Li et al., 2017; Pekdoğan & Saygun, n.d.; Virgincar et al., 2016).

Yaşlılıkta Göç ve Sağlık Üzerine Etkileri: Çift Zorlu Bir Süreç

Fiziksel sağlık Üzerine Etkiler:

Bulaşıcı Hastalıklar: Göç sırasında ve sonrasında maruz kalınan temizlik koşullarının yetersiz olması, aşı hizmetlerinden yeterince faydalanmaması ve farklı bölgelerdeki görülen hastalıklara maruz kalma gibi nedenlerle bulaşıcı hastalık riski artmaktadır. Bu bulaşıcı hastalıkların bazıları; kızamık, tüberküloz ve çocuk felci vb.'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; Turan et al., 2018).

Kronik Hastalıklar: Göçmenlerde Yaşlılık nedeniyle hâlihazırda var olan veya ortaya göç sürecinde çeşitli zorluklarla ortaya çıkan kronik hastalıkların yönetimine göçün olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu olumsuzluklar tedavi ve sağlık hizmetlerine erişimin güç olması, kronik hastalıkların seyrinin kötüleşmesine neden olabilmektedir (Akgün et al., 2013; Deniz & Yıldırım, 2018)..

Trayma ve Yaralanmalar:

Göç süreci her birey için güç olsa da yaşlılar için pek çok risk ve yaralanmayı beraberinde getirmektedir. Bu yaralanmaların ilki *düşme yaralanmalarıdır*. Uzun yolculuklar, yeni bir çevreye uyum sağlama çabaları ve fiziksel zayıflık, yaşlıların düşme riskini artırır. Düşmeler, kırıklar, burkulmalar ve iç organ hasarlarına yol açabilmektedir. *Yol Kazaları:* Özellikle düzensiz göç yollarında gerçekleşen trafik kazaları, yaşlılar için ciddi yaralanmalara yol açabilir. *Şiddet Sonucu Oluşan Yaralanmalar:* Göç sırasında yaşanan

çatışmalar, şiddet olayları ve insan kaçakçılığı, yaşlıların fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmesine neden olabilir. Kronik Hastalıkların Alevlenmesi: Göç sürecinde yaşanan stres, yorgunluk ve beslenme yetersizliği, kronik hastalıkların alevlenmesine ve yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilir (Y. Chen et al., 2013; Han et al., 2014; Treas & Batalova, 2007).

Göç Sürecinde Yaşlılıkta Beslenme

Göç, yaşlı bireylerin beslenmesi, sağlıklı kalmaları ve bağışıklık sistemlerini güçlendirmeleri için kritik öneme sahiptir. Ancak, göç sırasında yaşanan zorluklar, beslenme alışkanlıklarında değişikliklere ve besin eksikliklerine yol açabilir. *Besin Eksiklikleri*: Yeni bir ülkede alışılmış besinlere ulaşmakta zorlanma, ekonomik sıkıntılar ve kültürel farklılıklar nedeniyle yaşlılar, protein, vitamin ve mineral eksiklikleri yaşayabilirler. *Beslenme Alışkanlıklarındaki Değişimler*: Alışılmış yemekleri hazırlama imkânı bulamama, yeni tatlara uyum sağlama zorluğu ve mutfak koşullarının yetersizliği, beslenme alışkanlıklarında önemli değişikliklere neden olabilir. *Psikolojik Etkiler*: Stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar, yaşlıların iştah sızlanmasına ve beslenmeye olan ilgisini kaybetmesine yol açabilir. *Sindirim Sistemi Problemleri*: Yeni bir çevreye uyum sağlama, farklı su kaynaklarına maruz kalma ve stres, sindirim sistemi sorunlarına neden olabilir (Ablezova et al., 2008; Akın & Altınsoy, 2021; Değer et al., 2024) .

Göçün Yaşlıların Psikolojik Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Yaşlı bireyler için göç, köklerden kopuş, yeni bir çevreye uyum sağlama zorluğu ve kayıplar gibi pek çok psikolojik etkiyi beraberinde getirebilir. *Kültür Şoku*: Yaşlı bireyler, yeni bir kültüre

uyum sağlamakta gençlere göre daha zorlanabilirler. Farklı dil, gelenekler, sosyal normlar ve yaşam tarzı, onlarda kafa karışıklığı ve yalnızlık duygularına neden olabilir. *Kayıp ve Yalnızlık*: G, geride bırakılan aile, arkadaşlar, ev ve hatıralar nedeniyle derin bir kayıp duygusu yaratabilir. Yeni çevrede sosyal ilişkiler kurmakta zorlanan yaşlılar, yalnızlık hissiyle baş etmek durumunda kalabilirler. *Kimlik Bunalımı*: Bilinen çevreden kopmak ve yeni bir kimlik oluşturmak, yaşlıların kimlik duygusunu sarsabilir. Kendilerini ait hissetmeme ve değersizleşme duyguları yaşayabilirler. *Depresyon ve Anksiyete*: Gn getirdiği stres, kayıp ve uyum zorlukları, yaşlılarda depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir (F. Chen et al., 2022; Li et al., 2017; Pekdoğan & Saygun, n.d.; Virgincar et al., 2016).

G Sürecinde Yaşlı Bireye Yönelik Halk Sağlığı Hemşireliği

Yeni bir kültüre, çevreye uyum sağlama, dil bariyerleri, sağlık sistemine erişim gibi birçok zorlukla karşılaşırlar. Bu süreçte hemşirelerin rolü, yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak, yaşam kalitelerini artırmak ve uyum süreçlerini kolaylaştırmak için oldukça önemlidir. Bu noktada hemşireler yaşlı bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını korumaya, sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik Girişimler planlamalı ve uygulamalıdır. Bu noktada, kronik hastalıkların yönetimi, ilaç kullanımının takibi, düzenli sağlık kontrolleri, beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının desteklenmesi, sosyal destek ağlarının oluşturulması, kültürel uyum sürecinde psikolojik destek sağlanması kritik öneme sahiptir. Ek olarak, yaşlı bireylerin, yeni bir topluluğa entegre olması, sosyal ilişkiler kurabilmesi ve dil öğrenmesi gibi

konularda danışmanlık sunmakladır. Bu noktada halk sağlığı hemşireleri yaşlı bireyi bir bütün olarak değerlendirmeli, etkin ve uygun iletişim tekniklerini kullanması, ihtiyaç duyulan konu ve alanlarda (akılcı ilaç kullanımı, beslenme, vb.) Sağlık eğitimi vermesi, farlı sağlık ve sosyal profesyonellere yönlendirme-Koordinasyon: hizmeti sunması önemlidir (appar & Dönmez, 2024; Hamilton-Henry & Russell, 2013; Hjelm & Albin, 2014; Kufaci & Altay, n.d.).

Referanslar

Ablezova, M., Nasritdinov, E., & Rahimov, R. (2008). The impact of migration on elderly people. *Grand Parent-Headed Households in Kyrgyzstan. Help Age e International Central Asia Social Research Center of American University in Central Asia.*

Akgün, H. S., Bakar, C., & Durukan, E. (2013). Türkiye’ye göç etmiş 1. ve 2. kuşak göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve kronik hastalık sıklığı. *Esen E & Borde T. Türkiye ve Almanya Toplum, Sağlık ve Eğitimde Araştırma, Öğretim ve İşbirliği Kitabı. Ankara: Siyasal Kitabevi, 214–236.*

Akın, Ö., & Altınsoy, C. (2021). Göçmen kadınların beslenmeye dair sorunları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 116–126.*

Apak, E., & Artan, T. (2024). Yaşlı Göçmen Olmak Türkiye’de Yaşlı Suriyelilerin Hizmet Alımındaki Konumları. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 35(2), 315–333.*

Başel, H. (2007). Türkiye’de nüfus hareketlerinin ve iç göçün nedenleri. *Journal of Social Policy Conferences, 53, 515–542.*

Çappar, Y., & Dönmez, A. (2024). Göçmenlerde Oluşabilecek Riskler Ve Buna Yönelik Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Görevleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 40(1), 147–153.*

Chen, F., Zheng, M., Xu, J., Hall, B. J., Pan, Y., Ling, L., & Chen, W. (2022). Impact of migration status on incidence of depression in the middle-aged and elderly population in China: Exploring healthy migrant and salmon bias hypotheses from a

mental health perspective. *Journal of Affective Disorders*, 315, 182–189.

Chen, Y., Mo, F., Yi, Q., Morrison, H., & Mao, Y. (2013). Association between mental health and fall injury in Canadian immigrants and non-immigrants. *Accident Analysis & Prevention*, 59, 221–226.

Değer, M. S., Sezerol, M. A., & Atak, M. (2024). Assessment of frailty, daily life activities, and nutrition of elderly immigrants: A household based cross-sectional study. *Medicine*, 103(17), e37729.

Deniz, A., & Yıldırım, Y. (2018). Göçün Başka Bir Boyutu: Kronik Hastalıklar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(3), 261–273.

Ekici, S., & Tuncel, G. (2015). Göç ve insan. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 9–22.

Gür, T. H., & Ural, E. (2004). Türkiye’de kentlere göçün nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 23–38.

Hamilton-Henry, J., & Russell, B. (2013). Chapter Five Transnational Migration: The Elderly and Healthcare. *English-Speaking Caribbean Immigrants: Transnational Identities*, 73.

Han, B. H., Ferris, R., & Blaum, C. (2014). Exploring ethnic and racial differences in falls among older adults. *Journal of Community Health*, 39, 1241–1247.

Hjelm, K., & Albin, B. (2014). Limited focus on the use of health care by elderly migrants—a literature review. *Open Journal of Nursing*, 2014.

Kufaci, A. A., & Altay, B. (n.d.). GÖÇ VE KÜLTÜRLERARASI HEMŞİRELİK. *HEMŞİRELİK HEMŞİRELİK KONGRESİ KONGRESİ BİLDİRİLER KİTABI*, 19.

Li, Q., Zhou, X., Ma, S., Jiang, M., & Li, L. (2017). The effect of migration on social capital and depression among older adults in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1513–1522.

Pekdoğan, E. N., & Saygun, M. (n.d.). GÖÇÜN HASSAS GRUPLARA ETKİSİ. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 541–552.

Tamer, M. (2020). Göç, göçün nedenleri ve uluslararası göç üzerine kavramsal bir analiz. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 7(60), 2808–2818.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Faaliyet Raporu*. . <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sağlık%20Bakanlığı%20Faaliyet%20Raporu%202017.pdf>.

Treas, J., & Batalova, J. (2007). Older immigrants. *Social Structures: The Impact of Demographic Changes on the Well-Being of Older Persons*, 1–24.

Turan, M., Kaya, A. A., & Sezen, İ. (2018). Türkiye'deki Suriyeli misafirler ve ilişkilendirilen bulaşıcı hastalıklar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 119–127.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Uluslararası Göç İstatistikleri*, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2023-53544>

Virgincar, A., Doherty, S., & Siriwardhana, C. (2016). The impact of forced migration on the mental health of the elderly: a scoping review. *International Psychogeriatrics*, 28(6), 889–896.

BÖLÜM XIX

Alzheimer Hastalığında Simülasyon Tabanlı Uygulamalar ve Yaşlı Bakımına Katkıları

Hümeysra HANÇER TOK¹
Eda KILINÇ İŞLEYEN²

Giriş

Alzheimer hastalığı, dünyada giderek yaygınlaşan, bireylerin yaşam kalitesini ve sosyal bağlarını ciddi ölçüde etkileyen bir nörodejeneratif hastalıktır (Scheltens et al., 2021). Bu hastalığın bakımı hem hasta hem de bakıcılar için büyük bir yük oluştururken, yenilikçi yaklaşımlar çözüm önerileri sunmaktadır (Brown & White, 2022). Bu kapsamda, simülasyon temelli uygulamalar, Alzheimer hastalarının ve onlara bakım verenlerin yaşamlarını iyileştirme

1 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye, [0000-0003-3283-4192, hancertok@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hancertok@cumhuriyet.edu.tr)

2 Uşak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Uşak, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-1857-4953>, eda.isleyen@usak.edu.tr

potansiyeline sahiptir (Brown & White, 2022). Bu kitap bölümünde, Alzheimer hastalığında simülasyon temelli yaklaşımların kullanımını incelemekte ve bu uygulamaların yaşlı bakımına olan katkılarını değerlendirmektedir. Özellikle, bu teknolojilerin hasta bakım kalitesini, bakıcı destek mekanizmalarını ve hastalık yönetimini nasıl etkilediği üzerinde durulmaktadır.

Alzheimer Hastalığı ve Bakım Gereksinimleri

Alzheimer’ın Tanımı ve Belirtileri

Alzheimer hastalığı, beyindeki sinir hücrelerinin ilerleyici hasarıyla karakterize edilen bir nörodejeneratif bozukluktur (WHO, 2022). Genellikle bellek kaybı, yön bulma zorluğu, karar verme becerilerinde azalma ve davranış değişiklikleri gibi belirtilerle başlar (Oppenheim, 1994). Hastalık, ilerleyen dönemlerde bireylerin gündelik işlevlerini yerine getirme yeteneklerini kaybetmesine neden olur (Portugaet al., 2015).

Alzheimer’da Bakımın Zorlukları

Alzheimer hastalarının bakımı, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan büyük bir sorumluluk gerektirir (Bostancı., 2014, Gonçalves and Lima, 2020). Hastaların güvenli bir ortamda yaşamasını sağlamak, tıbbi bakımlarını düzenli olarak yapılması ve sosyal bağlarını sürdürebilmeleri için destek olunması kritik önem taşır. Bakıcılar için bu süreç, fiziksel yorgunluk ve duygusal tükenmişlikle sonuçlanabilir (Kasar, 2017, Salvador et al,2000). Bununla birlikte, Alzheimer hastalığına yönelik geliştirilen yenilikçi çözüm yolları, bu zorlukları hafifletmek ve daha etkin bir bakım süreci sağlamak amacıyla tasarlanmıştır (Kaminishi et al., 2018).

Alzheimer Hastalığının Yönetiminde Teknolojik Gelişmeler

Alzheimer hastalığı, ilerleyici nörodejeneratif bir rahatsızlık olup bireyin bilişsel işlevlerinde, hafızasında ve davranışlarında ciddi bozulmalara neden olmaktadır. Bu hastalığın bakımı, hem hasta hem de bakım veren açısından oldukça zorlu bir süreçtir. Alzheimer hastalarının bakımında teknolojik uygulamaların kullanımı, bu zorlukların önemli bir kısmını hafifletebilecek çözümler sunmaktadır. Hemşirelik disiplininin bu teknolojilerle entegrasyonu ise bakım kalitesini artırmakta ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmektedir (Cammisuli, Cipriani, & Castelnovo, 2022).

Giyilebilir cihazlar ve hasta takip sistemleri, Alzheimer hastaları için geliştirilmiş en etkili teknolojik çözümlerden biridir. GPS takibi yapan bileklikler veya sensör destekli cihazlar, hastaların nerede olduğunu izlemeyi kolaylaştırırken, acil durumlarda alarm sistemleri aracılığıyla bakım verenleri uyarabilmektedir. Bu teknolojiler, hastaların güvenliğini sağlarken bakıcıların stres seviyesini de azaltır (Maresova ve ark., 2018).

Akıllı ev sistemleri, Alzheimer hastalarının gündelik yaşam aktivitelerinde bağımsızlık kazanmalarına destek olur. Düşme algılama sistemleri, ev ortamında meydana gelebilecek kazaları minimuma indirirken, ilaç hatırlatıcı cihazlar, hastaların tedavi rejimlerini düzenli bir şekilde takip etmelerine yardımcı olur. Ek olarak, fırın veya kapı gibi potansiyel tehlike oluşturan cihazları otomatik kapatma özellikleri, hastaların güvenliğini artırır (Ienca et al., 2017).

Dijital uygulamalar ve yazılımlar da Alzheimer hastaları için geliştirilmiştir. Hafıza egzersizlerine yönelik uygulamalar, hastaların bilişsel işlevlerini korumalarına yardımcı olurken, hasta ve bakıcılar arasındaki iletişimi kolaylaştıran platformlar, sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmektedir. Robotik teknolojiler ise hem sosyal etkileşim hem de gündelik işlevsellik sağlama konusunda umut vadetmektedir. Hastaları motive eden sosyal robotlar, yalnızlığı azaltırken; görev odaklı robotlar, yemek yeme veya giyinme gibi gündelik aktivitelerde destek sunmaktadır (Ienca et al., 2017; Maresova ve ark., 2018).

Hemşireler, Alzheimer hastalarının teknolojik uygulamalardan etkin bir şekilde faydalanmasında kritik bir role sahiptir. Hemşireler, hastaların ve ailelerinin bu cihazları kullanma becerilerini geliştirmek için eğitimler düzenleyebilir ve teknolojik sistemlerin kurulumunu yönetebilir. Ayrıca, hemşirelerin bu teknolojilerden elde edilen verileri analiz ederek hasta bakımına yönelik kararlar alması, bakım kalitesini artırmaktadır (Tung ve ark., 2013).

Teknolojinin Alzheimer bakımındaki önemine rağmen, belirli sınırlılıkları da bulunmaktadır. Teknolojik cihazların maliyeti ve bazı bireyler için erişilebilirlik sorunları, bu çözümlerin yaygınlaşmasını engelleyebilir. Ayrıca, hasta ve bakıcıların teknoloji kullanımına adaptasyonu zaman alabilir. Teknolojinin etik boyutları, özellikle hasta mahremiyeti ve veri güvenliği konularında dikkatle ele alınmalıdır (Ienca et al., 2017; Maresova ve ark., 2018). Sonuç olarak, Alzheimer hastalığı bakımında teknolojik uygulamaların entegrasyonu, hem hastaların yaşam kalitesini artırmakta hem de bakıcıların yükünü hafifletmektedir. Hemşireler, bu teknolojilerin

etkin bir şekilde kullanılmasında ve bakım süreçlerinin optimize edilmesinde kilit bir rol oynamaktadır. Gelecekte, teknolojik çözümlerin daha erişilebilir ve kullanım dostu hale getirilmesi, Alzheimer bakımında çok daha büyük kazançlar sağlayacaktır.

Simülasyon Temelli Uygulamalar

Simülasyon, gerçek dünyadaki olayların veya durumların yapay ortamlarda yeniden yaratılmasını ifade eder (Issenberg et al., 1999). Alzheimer hastalığında simülasyon temelli uygulamalar hem hastaların hem de bakıcıların deneyimlerini iyileştirmeyi amaçlar (Chauveau, 2020, Oliveira, 2021).

1. **Hasta Bilişsel Rehabilitasyonu:** Alzheimer hastaları için tasarlanan sanal ortamlar, bilişsel fonksiyonları desteklemek üzere kullanılmaktadır. Örneğin, hafıza oyunları veya sanal ortamda günlük aktivitelerin tekrarlanması, hastaların beyin fonksiyonlarını aktif tutmaya yardımcı olabilir (Oliveira, 2021).
2. **Bakıcı Eğitimi:** Simülasyon teknolojileri, Alzheimer bakıcılarının hastalığı daha iyi anlamasına ve etkili yönetim stratejileri geliştirmesine olanak tanır. Sanal hasta senaryoları, bakıcıların gerçek hayatta karşılaşılabilecekleri durumlara hazırlanmasını sağlar (Ienca, 2017).
3. **Empati Geliştirme:** Sanal gerçeklik (VR) tabanlı simülasyonlar, sağlıklı bireylerin Alzheimer hastalarının deneyimlerini anlamasına yardımcı olur. Bu teknoloji, özellikle bakıcılar ve sağlık profesyonelleri için empati geliştirmede etkili bir araçtır (Bitenc , 2019).
4. **Güvenlik ve Bağımsızlık:** Simülasyon tabanlı teknolojiler, Alzheimer hastalarının güvenli bir ortamda bağımsızlığını korumasına destek olur. Örneğin, ev içi aktiviteleri sanal

ortamda prova etmek, hastaların gerçek hayatta daha güvenli bir şekilde hareket etmesine yardımcı olabilir (Ahn et al, 2022).

Alzheimer Hastalarında Simülasyon Temelli Uygulamalar

Simülasyon temelli uygulamalar, yaşı bakımı alanında hem bakım veren profesyonellerin eğitiminde hem de hasta bakım kalitesinin artırılmasında önemli katkılar sağlamaktadır. Bu teknolojiler, gerçek hayatta karşılaşılabilecek durumları modelleyerek hemşireler, hasta bakıcılar ve diğer sağlık profesyonelleri için etkili bir öğrenme ortamı sunar (Campbell ve ark., 2021).

Simülasyon teknolojileri, alzheimer hastalarının bakımında hem bakım verenlerin hem de hasta yakınlarının becerilerini geliştirmek için kullanılmaktadır. Bu uygulamalar, şu alanlarda etkinlik gösterir:

a. Hastalık Semptomlarını Anlama ve Empati Geliştirme

Giyilebilir simülasyon cihazları ve sanal gerçeklik teknolojileri, Alzheimer hastalarının yaşadıkları bilişsel ve duyuşsal zorlukları deneyimleyerek bakım verenlerin empati becerilerini geliştirir.

b. Karmaşık Davranışların Yönetimi

Simülasyon senaryoları, Alzheimer hastalarında sıkça görülen ajitasyon, kafa karışıklığı ve unutkanlık gibi durumların etkili bir şekilde yönetilmesini öğretir.

c. Hasta Güvenliğini Artırma

Simülasyon uygulamaları, Alzheimer hastalarında düşme, ilaç yönetimi ve beslenme gibi kritik alanlarda bakım verenlerin yetkinliklerini geliştirir.

Simülasyon Temelli Uygulamaların Amaçları ve Özellikleri

Simülasyon, belirli senaryoların yeniden yaratılmasına dayalı bir eğitim yöntemidir. Bu yöntem, yaşlı bireylerin bakımı sürecinde kullanılması gereken becerilerin pratik edilmesi ve geliştirilmesi için etkili bir araç sunar. Simülasyon temelli uygulamalar, aşağıdaki temel amaçlara hizmet eder (Brown, & White, 2022; Campbell ve ark., 2021):

- Gerçekçi Bakım Ortamı Sunma: Yaşlı bireylerin kompleks bakım ihtiyaçlarına yönelik senaryoları modelleyerek, katılımcılara gerçekçi deneyimler sağlar.
- Risklerin Azaltılması: Gerçek hastaların karşılaştığı risklerin simülasyon ortamında deneyimlenmesi, hata yapma kaygısı olmadan öğrenmeyi destekler.
- Kritik Düşünme ve Karar Verme Becerilerini Geliştirme: Katılımcılar, simülasyon sırasında karşılaştıkları sorunlara yönelik stratejik düşünme ve etkili karar verme becerilerini geliştirir.

Yaşlı Bakımında Kullanılan Simülasyon Uygulamaları

Simülasyon teknolojileri, yaşlı bireylerin bakımında çeşitli alanlarda kullanılmaktadır (Brown, & White, 2022; Campbell ve ark., 2021):

Klinik senaryoların modellemesi

Hemşireler ve bakıcılar için düzenlenen senaryolar, yaşlı bireylerin gündelik bakımında sık karşılaşılan durumları kapsar. Örneğin:

- Kronik hastalıkların yönetimi (diyabet, hipertansiyon, KOAH)
- Düşme gibi acil durum müdahaleleri
- Bası yaralarının önlenmesi ve tedavisi

Empati ve hasta perspektifinin kazandırılması

Simülasyon teknolojileri, bakım verenlerin yaşlı bireylerin fiziksel ve duygusal durumunu anlamalarına yardımcı olur. Giyilebilir simülasyon cihazları, yaşlı bireylerin hareket kısıtlamalarını ve duygusal kayıplarını deneyimlemeyi sağlayarak empati geliştirir.

Hastane ve ev ortamında bakım uygulamaları

Simülasyonlar, yaşlı bakımının hem hastane hem de ev ortamında uygulanabilirliğini artırır. Katılımcılar, farklı ortamlarda bakım stratejilerini öğrenir ve bu stratejileri pratiğe döker.

Hemşirelik ve simülasyon temelli eğitim

Hemşirelik alanında simülasyon temelli eğitim, klinik becerilerin geliştirilmesi ve hasta bakımında standartların yükseltilebilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Hemşireler, bu eğitimlerle yaşlı bireylerin bakımında:

- Hasta güvenliğini artırabilir.

- Kompleks klinik durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirebilir.
- Ekip çalışmasını ve iletişim yetkinliklerini güçlendirebilir.

Simülasyonun avantajları ve sınırlılıkları

Simülasyon temelli uygulamalar, yaşlı bakımında çok sayıda avantaja sahiptir:

- Hatalardan öğrenme imkânı sunar.
- Güvenli bir öğrenme ortamı sağlar.
- Bireysel öğrenme hızına uyum gösterir.

Ancak, maliyetlerin yüksek olması ve teknolojiye erişimde yaşanabilecek sınırlıklar gibi dezavantajlar da bulunmaktadır. Ayrıca, simülasyon ortamları gerçek hasta bakımı deneyiminin birebir yerine geçemeyebilir.

Simülasyon Temelli Uygulamaların Yaşlı Bakımına Katkıları

Simülasyon temelli uygulamalar, yaşlı bakımı alanında hem bakım veren profesyonellerin eğitiminde hem de hasta bakım kalitesinin artırılmasında önemli katkılar sağlamaktadır. Bu teknolojiler, gerçek hayatta karşılaşılabilecek durumları modelleyerek hemşireler, hasta bakıcılar ve diğer sağlık profesyonelleri için etkili bir öğrenme ortamı sunar (Brown, & White, 2022)

Simülasyon temelli uygulamalar, yaşlı bireylerin bakımında hem eğitim hem de pratikte önemli bir yenilik sunmaktadır. Bu teknolojiler, bakım verenlerin bilgi, beceri ve empati yeteneklerini

geliştirerek, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. Hemşirelik eğitiminde bu yöntemin daha yaygın hale getirilmesi, gelecekte yaşlı bakımının standartlarının yükseltilebilmesi için kritik bir adım olacaktır.

Kaliteyi artırma: Simülasyon temelli uygulamalar, yaşlı bakımında standartların yükseltilmesine katkı sağlar. Hastaların bireysel ihtiyaçlarına özel çözümler sunarak, daha etkili ve hasta odaklı bir yaklaşım benimsenir (Elendu, 2024).

Bakıcı desteği: Bakıcıların fiziksel ve duygusal yükünü azaltmak için simülasyon uygulamaları etkili bir çözüm sunar. Sanal senaryolar aracılığıyla bakıcılar, karmaşık durumlarla başa çıkma yeteneklerini geliştirir (Hur, 2024).

Maliyet etkinliği: Simülasyon temelli yaklaşımlar, uzun vadede maliyetleri azaltma potansiyeline sahiptir. Hastaneye yatış oranlarının düşmesi ve bakım süreçlerinin daha verimli hale gelmesi, ekonomik açıdan fayda sağlar (Elendu., 2024).

Sonuç

Simülasyon temelli uygulamaların Alzheimer hastalığı ve yaşlı bakımındaki potansiyeli henüz tam anlamıyla keşfedilmemiştir. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte, daha kişiselleştirilmiş ve etkili çözümler geliştirilmesi beklenmektedir. Bu alandaki çalışmalar hem bilimsel hem de etik açıdan yeni soru işaretlerini de beraberinde getirmektedir. Alzheimer hastalığında simülasyon temelli uygulamalar hem hasta hem de bakıcılar için çok yönlü faydalar sunmaktadır. Bu teknolojiler, yaşlı bakımının kalitesini arttırmak, maliyetleri düşürmek ve bakıcılara destek olmak için umut verici bir alan olarak ortaya çıkmıştır . Gelecekte, bu teknolojilerin daha

yaygın ve etkin bir şekilde kullanılmasıyla yaşlı bakımında önemli ilerlemeler sağlanması beklenmektedir.

REFERANSLAR

Ahn, C., Kim, H., Choi, I., & Rie, D. (2022). A study on the safety evaluation of escape routes for vulnerable populations in residential facilities. *Sustainability*, 14(10), 5998.

Bitenc, R. (2019). *Reconsidering dementia narratives: Empathy, identity and care*. Routledge.

Bostancı, Ö. (2014). Alzheimer-demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Ankara Üniversitesi (Turkey)).

Brown, T., & White, L. (2022). Simulation in Elderly Care. *Healthcare Innovations*, 12(3), 123-136.

Cammisuli, D. M., Cipriani, G., & Castelnuovo, G. (2022). Technological solutions for diagnosis, management and treatment of Alzheimer's disease-related symptoms: A structured review of the recent scientific literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3122.

Campbell, D., Lugger, S., Sigler, G. S., & Turkelson, C. (2021). Increasing awareness, sensitivity, and empathy for Alzheimer's dementia patients using simulation. *Nurse education today*, 98, 104764.

Chauveau, L. A. (2020). *Personalized, narrative and interactive simulation based on a rules-engine system designed to confront caregivers with personalized virtual Alzheimer's patients and to train their communicative coping strategy skills* (Doctoral dissertation, University of Ioannina).

Gonçalves, F. C. A., & Lima, I. C. S. (2020). Alzheimer's and the challenges of nursing care for the elderly and their family caregiver/Alzheimer e os desafios dos cuidados de enfermagem ao idoso e ao seu cuidador familiar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 1274-1282.

González-Salvador, T., Lyketsos, C. G., Baker, A., Hovanec, L., Roques, C., Brandt, J., & Steele, C. (2000). Quality of life in dementia patients in long-term care. *International journal of geriatric psychiatry*, 15(2), 181-189.

Hur, Y., & Hickman Jr, R. L. (2024). Use and Impact of Simulation in Family Caregiver Education: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 46(2), 143-151.

Ienca, M., Fabrice, J., Elger, B., Caon, M., Scoccia Pappagallo, A., Kressig, R. W., & Wangmo, T. (2017). Intelligent assistive technology for Alzheimer's disease and other dementias: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(4), 1301-1340.

Ienca, M., Fabrice, J., Elger, B., Caon, M., Scoccia Pappagallo, A., Kressig, R. W., & Wangmo, T. (2017). Intelligent assistive technology for Alzheimer's disease and other dementias: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(4), 1301-1340.

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Hart, I. R., Mayer, J. W., Felner, J. M., Petrusa, E. R., ... & Ewy, G. A. (1999). Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *Jama*, 282(9), 861-866.

Kale, M. B., Wankhede, N. L., Pawar, R. S., Ballal, S., Kumawat, R., Goswami, M., ... & Koppula, S. (2024). AI-Driven Innovations in Alzheimer's Disease: Integrating Early Diagnosis, Personalized Treatment, and Prognostic Modelling. *Ageing Research Reviews*, 102497.

Kaminishi, K. S., Safavi, R., & Hirsch, C. H. (2018). Caregiver burnout. *Geriatric Psychiatry: A Case-Based Textbook*, 691-708.

Kasar, K. S., & Yıldırım, Y. (2017). İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(2), 164-170.

Maresova, P., Tomsone, S., Lameski, P., Madureira, J., Mendes, A., Zdravevski, E., ... & Rodile, K. (2018). Technological solutions for older people with Alzheimer's disease. *Current Alzheimer Research*, 15(10), 975-983.

Matta Mello Portugal, E., Gomes Torres Vasconcelos, P., Souza, R., Lattari, E., Sobral Monteiro-Junior, R., Machado, S., & Camaz Deslandes, A. (2015). Aging process, cognitive decline and Alzheimer's disease: can strength training modulate these responses? *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 14(9), 1209-1213.

Oliveira, J., Gamito, P., Souto, T., Conde, R., Ferreira, M., Corotnean, T., ... & Neto, T. (2021). Virtual reality-based cognitive stimulation on people with mild to moderate dementia due to Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5290.

Oppenheim, G. (1994). The earliest signs of Alzheimer's disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 7(2), 116-120.

Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Ch  telat, G., Teunissen, C. E., ... & van der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 397(10284), 1577-1590.

Tung, J., Snyder, H., Hoey, J., Mihailidis, A., Carrillo, M., & Favela, J. (2013). Everyday patient-care technologies for Alzheimer's disease. *IEEE Pervasive Computing*, 12(4), 80-83.

WHO. (2012). Dementia: A Public Health Priority. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>, erişim tarihi: 20.12.2024.

