

## KALP YETMEZLİ OLAN HASTALARIN ALGILANAN SOSYAL DESTEK LE UMUTSUZLUK VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

### TRAIT ANGER AND ANGER EXPRESSION STYLES OF PATIENTS WITH HYPERTENSION APPLIED TO THE DISTRICT HEALTH CENTER

Arş. Gör. Emel BAHADIR YILMAZ\* Sa. Memuru Ali ERGUN\*\*

\*H.Ü.S.B.F. Hemirelik Bölümü, Ankara

\*\*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

#### ÖZET

**Giriş :** Bu araştırma, kalp yetmezli olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, 1 Ekim 2009-31 Ocak 2010 tarihleri arasında bir devlet hastanesi kardiyoloji kliniğine yatan 39 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ile Beck Umutsuzluk Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Kalp yetmezli olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ( $64.25 \pm 11.35$ ) yüksek bulunurken, umutsuzluk ( $10.33 \pm 4.91$ ) ve ölüm kaygısı düzeylerinin ( $8.82 \pm 2.90$ ) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olması; umutsuzluk ya da umutlarını engellerken ( $r=-0.496$ ,  $p<0.05$ ), ölüm kaygısı düzeylerini etkilememiştir ( $r=-0.168$ ,  $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Kalp yetmezli olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksektir. Ancak umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri, hastaların ruhsal sorunlarına ya da umutları açısından risk taşımaktadır. Bu nedenle, hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı ya da umutlarını önleyecek programların planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kalp Yetmezli, Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk, Ölüm Kaygısı

#### ABSTRACT

**Objective:** This research was carried out as descriptive with the aim of determining the relevance between perceived social support with hopelessness and death anxiety levels of patients with heart failure.

**Methods:** Research sample included 39 patients with heart failure hospitalized in cardiology clinic of a state hospital during 1 October 2009-31 January 2010. Research data were collected by using Questionnaire Form, Beck Hopelessness Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Death Anxiety Scale. Obtained data were evaluated by using descriptive statisticals and correlation analysis.

**Results:** As perceived social support levels of patients with heart failure were high ( $64.25 \pm 11.35$ ), their hopelessness ( $10.33 \pm 4.91$ ) and death anxiety ( $8.82 \pm 2.90$ ) levels were moderate. Also,

while being high of patients' perceived social support levels prevented to have hopelessness ( $r=-0.496, p<0.05$ ), it didn't effect on their death anxiety levels ( $r=-0.168, p>0.05$ ).

**Conclusion:** Perceived social support levels of patients with heart failure were high. However, their hopelessness and death anxiety levels had risk in terms of having mental health problems. This, planning and implementing of programmes to prevent patient having hopelessness and death anxiety were suggested.

**Key Words:** Heart Failure, Perceived Social Support, Hopelessness, Death Anxiety

## G R

Ya am süresinin uzaması ve koroner kalp hastalıklarından ölümlerin artması nedeniyle kalp yetmezli i insidansında bir artı gözlenmektedir (Akdemir 2004). Kalp yetmezli i, kronik bir hastalık oldu undan ve ilerleyen ya larda ortaya çıktı ndan, hastanın ya am kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Jaarsma ve ark. 2000, Riedinger ve ark. 2001). Bu nedenle hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi büyük önem ta ımaktadır.

Sosyal deste in, sa lık sonuçları üzerine büyük bir etkisinin oldu u ve hastanın, hastalı na ve tedavi sürecine uyum sa lamasına yardımcı oldu u bilinmektedir (Luttik ve ark. 2005). Özellikle de ilerleyen ya larda ortaya çıkan kalp yetmezli i, hastanın hem hastalı na hem de tedavisine uyumunu zorla tırmaktadır. Bu nedenle, kalp yetmezli i olan hastaların bakımında sosyal deste in önemli bir rolü oldu u dü ünülmektedir. Nitekim yapılan çalı malarda da sosyal deste in önemi ortaya konmu ve hastaneye ba vuru oranlarını azalttı i belirlenmi tir (Krumholz ve ark. 2002, Phillips ve ark. 2004, Dunbar ve ark. 2005).

Kalp yetmezli i olan hastalarda sosyal destek eksikli ine ba lı olarak, kaygı ve depresyon ba ta olmak üzere pek çok ruh sa lı ı sorununun ya andı ı yapılan çalı malarla kanıtlanmı tir (Jiang ve ark. 2004, Rutledge ve ark. 2006, Sherwood ve ark. 2007). Kaygı, hastanın ölüm dü üncesine ba lı olarak ortaya çıkabilmekte (Januzzi ve ark. 2000) ve buna ba lı olarak da ölüm kaygısı ya anabilmektedir. Dolayısıyla da ya anan bu kaygı, hastanın prognozunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Kalp yetmezli i olan hastalarda ölüm kaygısının yanı sıra ya anan di er bir sorun da hastaların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olmasıdır (Juenger ve ark. 2002). Ancak son yıllarda, kalp yetmezli i olan bireylerle yapılan çalı malarda umutsuzluk duygusu, daha çok depresyon ile ili kili olarak çalı ılmı tir (Marttenson ve ark. 2003, Gottlieb ve ark. 2004, Joynt ve ark. 2004). Yapılan bu çalı malarda da kalp yetmezli i olan bireylerde depresyonun sıklıkla ya andı ı, dolayısıyla da umutsuzluk düzeylerinin yüksek oldu u belirlenmi tir. Umutsuzluk sadece hastalı a ba lı olarak ortaya çıkmamakta, aynı zamanda hastalı ın ortaya çıkmasında da etkili olabilmektedir (Anda ve ark. 1993). Bunun yanı sıra depresyona ba lı olarak umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, kalp yetmezli i olan hastaların ya am kalitelerini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Carels 2004).

Kalp yetmezli i, kronik bir hastalık olması nedeniyle hastanın uyumunu ve ruh sa lı ını bozabilmektedir. Bu nedenle de bakımda sosyal destek büyük bir önem arz etmektedir. Sosyal deste in, kalp yetmezli i olan bireylerin ya adıkları kaygı ve

umutsuzluk gibi sorunlarla ba etmelerine ve dolayısıyla mortalite oranlarının azalmasına yardımcı oldu u belirtilmektedir (Friedmann ve ark. 2006). Özellikle de hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin dü ük olu u, ruhsal sorunların daha fazla ya anmasına yol açmakta ve ya am kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yu ve ark. 2004). Bu nedenle, bu çalı ma kalp yetmezli i olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasında bir ili ki olup olmadı ını belirlemek üzere planlanmı ve uygulanmı tır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Amaç

Bu çalı manın amacı kalp yetmezli i olan hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ili kiyi belirlemektir.

### Evren ve Örneklem

Ara tırmanın evrenini, bir devlet hastanesine yatarak tedavi gören kalp yetmezli i tanısı alan hastalar olu turmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemi tir. Ara tırma kapsamına 1 Ekim 2009-31 Ocak 2010 tarihleri arasında kardiyoloji servisine kalp yetmezli i tanısı ile yatan, ara tırmaya katılmayı kabul eden, ruhsal bir bozuklu u ve ileti im sorunu (anlama, konu ma, duyma sorunları) olmayan 39 hasta alınmı tır.

### Veri Toplama Araçları

Ara tırmada veriler; Anket Formu, Beck Umutsuzluk Ölçe i, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i ve Ölüm Kaygısı Ölçe i kullanılarak toplanmı tır. Form ve ölçekteki soru ve maddeler, ara tırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görü ülerek hasta odasında doldurulmu tur. Form ve ölçeklerin doldurulması yakla ık 20-30 dakika sürmü tür.

**Anket Formu;** Sosyodemografik bilgilere ili kin sorulardan olu maktadır. Bu bilgiler; hastanın ya ı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, e itim durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyoekonomik ve sa lık durumunu nasıl algıladı ı, ya adı ı yer, kiminle ya adı ı, hastalı ından dolayı ne kadar süredir tedavi gördü ü ve ba ka bir kronik hastalı ının olup olmadı ıdır.

**Beck Umutsuzluk Ölçe i (BUÖ);** Ölçek, Beck ve arkadaş ları tarafından 1974 yılında geli tirilmi tir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalı ması Durak (1994) tarafından yapılmı tir. Do ru ve yanlı olarak yanıtlanan 20 maddeden olu maktadır. Ölçekten alınabilecek en dü ük puan 0 ve en yüksek puan 20'dir. Elde edilen puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek oldu unu göstermektedir. Ölçe in Cronbach alfa katsayısı 0.86'dır.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i (ÇBASDÖ);** Ölçek, Zimmet ve arkadaş ları tarafından 1988'de geli tirilmi ve 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından Türkçeye uyarlanmı tir. Aile, arkada ve özel insan olmak üzere 3 farklı kaynaktan algılanan sosyal deste i ölçmektedir. Bu çalı mada özel insan hem ire olarak belirlenmi tir. Aile deste i 3, 4, 8, 11. maddelerle; arkada deste i 6, 7, 9, 12. maddelerle ve hem ire deste i 1, 2, 5, 1. maddelerle ölçülmektedir. Ölçek, "tamamen

katılıyorum”dan “hiç katılmıyorum”a do ru sıralanan 7’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en dü ük puan 12 ve en yüksek puan 84’tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, algılanan deste in yüksek oldu unu göstermektedir. Ölçe in Cronbach alfa katsayısı 0.89’dur.

**Ölüm Kaygısı Ölçe i (ÖKÖ);** Ölçek, D.I. Templer tarafından 1970 yılında geli tirilmi ve 1989 yılında enol tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalı ması yapılmı tır. Do ru- yanlı ekinde cevaplanan 15 maddelik bir ölçektir. Ölçekte, ilk 9 maddeye verilen evet yanıtı için “1” ve hayır yanıtı için “0”, di er 6 maddeye verilen evet yanıtı için “0” ve hayır yanıtı için “1” de eri verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en dü ük puan 0 ve en yüksek puan 15’tir. 0-4 puan hafif düzeyde, 5-9 puan orta düzeyde, 10-14 puan a ır düzeyde ve 15 puan panik düzeyde ölüm kaygısı oldu unu göstermektedir. Ölçe in “Test-Yeniden Test” güvenilirli i 0.83’tür.

### Verilerin De erlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 bilgisayar istatistik paket programında yapılmı tır. Verilerin de erlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, yüzde, minimum ve maksimum de erler) ve algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ili kiyi belirlemek için ise korelasyon analizi kullanılmı tır.

### Ara tırmanın Etik Boyutu

Ara tırma öncesinde kurumdan yazılı izin alınmı tır. Anket ve ölçekleri doldurmadan önce hastalara ara tırmanın amacı anlatılmı ve hastalardan sözel onam alınmı tır.

## BULGULAR

### Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine li kin Bulgular;

Ara tırma katılan hastaların ya ortalaması  $68.61 \pm 9.79$ ’dir. Hastaların çocuk sayısı ise  $3.91 \pm 2.19$ ’dir. Tablo 1’de hastaların sosyodemografik özellikleri görölmektedir.

**Tablo 1:** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	21	53.8
Kadın	18	46.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	29	74.4
Dul	10	25.6
<b>E itim Durumu</b>		
Okur-yazar de il	15	38.5
Okur-yazar	8	20.5
İlkokul mezunu	10	25.7
Ortaokul mezunu	2	5.1
Lise mezunu	2	5.1
Üniversite mezunu	2	5.1

<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	37	94.8
Geni	1	2.6
Cevap vermeyen	1	2.6
<b>Gelir Durumu</b>		
Var	27	69.2
Yok	12	30.8
<b>Algılanan Sosyoekonomik Durum</b>		
yi	3	7.7
Orta	12	30.8
Kötü	23	59.0
Cevap vermeyen	1	2.5
<b>Algılanan Sağlık Durumu</b>		
yi	6	15.4
Orta	28	71.8
Kötü	5	12.8
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy	7	17.9
İlçe	9	23.1
İl	21	53.8
Cevap vermeyen	2	5.2
<b>Kiminle Beraber Yaşadığı</b>		
Yalnız	4	10.2
Eşleriyle	28	71.8
Çocuklarıyla	6	15.4
Cevap vermeyen	1	2.6
<b>Tedavi Süresi</b>		
0-3 yıl	10	25.6
4-7 yıl	16	41.1
8 yıl ve üzeri	13	33.3
<b>TOPLAM</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara bakıldığında, hastaların %53.8'inin erkek ve %74.4'ünün evli olduğu görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun (%38.5) eğitim durumu "okur-yazar değil" olarak belirlenmiştir. İkinci sırada ise eğitim durumu "ilkokul mezunu" olanlar (%25.7) yer alırken, üçüncü sırada "okur-yazar" olanlar (%20.5) yer almıştır.

Hastaların büyük çoğunluğu (%94.8) çekirdek aile tipine sahiptir. %69.2'si bir gelir kaynağına sahip olmasına karşın, çoğunluğu (%59.0) sosyoekonomik durumunu kötü olarak algılamaktadır. Yaşadıkları yere bakıldığında, %53.8'i ilde yaşarken %23.1'i de ilçede yaşamaktadır. Hastaların %71.8'i eşleriyle, %15.4'ü çocuklarıyla ve %10.2'si yalnız yaşamaktadır.

Hastalardan dolayı ne kadar süredir tedavi gördüklerine bakıldığında, ilk sırada "4-7 yıl" olanlar (%41.1), ikinci sırada "8 yıl ve üzeri" olanlar (%33.3) ve üçüncü sırada "0-3 yıl" olanlar (%25.6) yer almaktadır. Kalp yetmezliği dışında başka bir kronik hastalığı olan hastalar, olmayanlara göre fazladır (%69.2). Buna karşın algılanan sağlık durumları incelendiğinde, çoğunluğunun (%71.8) sağlık durumunu "orta" düzeyde algıladığı görülmektedir.

**Tablo 2:** Hastaların Kalp Yetmezliği Dışında Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Dağılımı

Hastalığın Adı	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Diabetes Mellitus	14	38.9
Hipertansiyon	13	36.1
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7	19.4
Kanser	1	2.8
Hepatit B	1	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

\* n katlanmıştır.

Tablo 2'de hastaların kalp yetmezliği dışında sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı görülmektedir. İlk sırada diabetes mellitus hastalığı olanlar (%38.9) ve ikinci sırada hipertansiyonu olanlar (%36.1) yer almaktadır.

### Hastaların BUÖ, ÇBASDÖ ve ÖKÖ'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular;

Tablo 3'te hastaların BUÖ, ÇBASDÖ ve ÖKÖ'nden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir.

**Tablo 3:** Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek, Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Puan Ortalamaları	
	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>	10.33 ± 4.91	2.00-20.00
Aile	23.82 ± 4.89	4.00-28.00
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Arkadaş	21.92 ± 5.26
	Hemire	18.51 ± 6.31
	Toplam	64.25 ± 11.35
<b>Ölüm Kaygısı Ölçeği</b>	8.82 ± 2.90	1.00-14.00

Hastaların umutsuzluk düzeylerinin (10.33 ± 4.91) orta düzeyde olduğunu saptanmıştır. Algıladıkları sosyal destek düzeyleri ise yüksek (64.25 ± 11.35) olmakla birlikte, birinci sırada aile desteği (23.82 ± 4.89), ikinci sırada arkadaş desteği (21.92 ± 5.26) ve üçüncü sırada hemirenin desteği (18.51 ± 6.31) yer almaktadır. Algılanan aile ve arkadaş destek düzeyleri oldukça yüksek iken hastaların bakım aldıkları hemirelerden algıladıkları destek düzeyinin orta düzeyde olduğunu görülmektedir. Yine hastaların ölüm kaygısı düzeyleri ise orta düzeyde (8.82 ± 2.90) bulunmuştur.

### Korelasyon Bulguları;

**Tablo 4:** Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Umutsuzluk Puanı	Algılanan Sosyal Destek Puanı			
	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
Pearson Korelasyon (r)	-0.391	-0.313	-0.329	-0.496*
p	0.014	0.053	0.041	0.001
N	39	39	39	39
<b>Ölüm Kaygısı Puanı</b>				
Pearson Korelasyon (r)	-0.194	-0.028	-0.128	-0.168
p	0.236	0.864	0.437	0.306
N	39	39	39	39

\* p=0.01 düzeyinde önemli korelasyon.

Tablo 4'te ise hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki görülmektedir. Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0.496$ ,  $p<0.01$ ). Ancak aile ve hemire desteği arttıkça umutsuzluk düzeyi azalırken ( $r=-0.391$ ,  $r=-0.329$ ,  $p<0.05$ ), arkadaş desteğinin umutsuzluk düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ( $r=-0.313$ ,  $p>0.05$ ). Bunun yanı sıra hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında da istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki saptanmamıştır ( $r=-0.168$ ,  $p>0.05$ ).

## **TARTI MA**

Ara tırma kapsamına alınan kalp yetmezli i hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Bennett ve ark. (2001)'nin yaptıkları çalışmada da kalp yetmezli i olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak Boyd ve ark. (2004)'nin yaptıkları çalışmada, kalp yetmezli i olan hastalar, aldıkları sağlık hizmetinin kendileri için destekleyici olmadığını ve desteğe gereksinim duyduklarında hemireye ulaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla kalp yetmezli i olan hastaların aile ve arkadaşlarından aldıkları sosyal desteğin yanı sıra sağlık bakımı aldıkları kişilerden de destek almalarının, sağlık bakımlarında önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olması, hastaların büyük çoğunluğunun eyle (%71.8) ve çocuklarıyla (%15.4) yaşıyor olmasından kaynaklanabilir (Tablo 1). Çünkü Coyne ve ark. (2001)'nin yaptıkları çalışmada, kalp yetmezli i olan hastalarda sosyal desteğin yüksek olması, desteğinin ve evlilik kalitesinin yüksek olmasının önemi vurgulanmıştır. Yine Murberg ve ark. (1998)'nin yaptıkları çalışmada da hastaların eylelerinden ve yakın akrabalarından yüksek düzeyde destek aldıkları saptanmıştır. Öyleyse kalp yetmezli i olan hastaların sosyal destek düzeylerini olumlu olarak algılamalarında, aileden alınan destek düzeyinin yüksek olmasının önemli olduğu söylenebilir.

Ara tırmaya katılan hastaların umutsuzluk düzeylerinin orta düzeyde olması, çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuçtur. Çünkü hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olması, yüksek düzeyde umutsuzluk yaşamalarını engellemiştir. Yapılan çalışmalarda (Evangelista ve ark. 2001, Murray ve ark. 2004), kalp yetmezli i olan hastaların umutsuzluk düzeyleri yüksek bulunmakla birlikte hastaların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olması, ölüm korkusu yaşamalarından kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmalarda, umutsuzluk düzeyinin yüksek olması, çalışmamızın aksine sosyal destekle ilgili değil, spiritüel gereksinimlerin karşılanmaması ve tedavi sürecinde yaşamayan belirsizliklerle ilgili bulunmuştur. Yine bir başka çalışmada (Horne ve Payne 2004), hastalar bazen gelecekle ilgili umutlu olduklarını, bazen de umutsuzluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle de kalp yetmezli i olan hastalara, bakım aldıkları sağlık personelinin psikolojik destek vermesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Söz edilen bu bulgular ışığında, çalışmamızda hastaların hemirelerden algıladıkları desteğe bakıldığında, aile ve arkadaşlardan algılanan

deste e göre daha dü ük oldu u görölmekle birlikte umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili bulunmu tur (Tablo 3). Bu do rultuda, hem irelerden alınan destek düzeyi arttıkça hastaların umutsuzluk düzeylerinin azalaca ı söylenebilir.

Çalı mamızda elde edilen bir di er sonuç ise hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin orta düzeyde olu udur. Yu ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalı mada ölüm kaygısı düzeyi incelenmemekle birlikte, kronik kalp yetmezli i olan bireylerin hastalıklarına uyum durumlarına bakımı tır. Hastalar, kalp yetmezli i ile ya amayı "ölüme yakla mak" olarak tanımlamı lar, ölüme hazır olmadıklarını ve bu nedenle de kaygı ya adıklarını ifade etmi lerdir. Sears ve ark. (2008) ise kardiyak defibrilatör takılan ve kalp yetmezli i olan hastaların ölüm kaygısı düzeylerinin, sadece kalp yetmezli i olanlara göre daha yüksek oldu unu ifade etmi lerdir. Yine bir ba ka kaynakta (Fleet ve Beitman 1998), kalp hastalı ı olan bireylerin kalp krizi geçirmekten korktukları ve bu kalp krizi geçirme dü üncesinin onlara ölüm korkusu ve kaygısı ya attı ı ifade edilmi tir.

Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ölüm kaygısı düzeyleri arasında, istatistiksel anlamlılıkta bir ili ki saptanmaması da çalı mamızda elde edilen bir di er bulgudur. Tagaya ve ark. (2000)'nin yaptıkları çalı mada, algılanan sosyal deste in yüksek olu unun ölüm kaygısı düzeyinin azalmasını etkilemedi i belirlenmi tir. Bunun yanı sıra aynı çalı mada, algılanan sosyal deste in yüksek olu unun, ölüm kaygısıyla ba etmeye yardımcı olaca ı ifade edilmi tir. Ancak Chibnall ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalı mada ise kalp yetmezli i gibi ya amı tehdit eden hastalı ı olan bireylerin yüksek düzeyde ölüm kaygısı ya amalarının, yalnız ya amayla ve sa lık personeli ile olan ileti imlerini olumsuz algılamalarıyla ili kili oldu u saptanmı tır. Bu nedenle, bizim çalı mamızda hastaların ölüm kaygısını yüksek düzeyde ya amalarının, büyük ço unlu unun ailesiyle ya ıyor olmasından kaynaklanmı olabilece i dü ünülebilir. Ayrıca bu durumu, hastanın genel durumunun ve hastalı ın seyrinin de etkilemi olabilece i söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNER LER

Sonuç olarak, ara tırmamıza katılan kalp yetmezli i olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek oldu u belirlenmi tir. Hastaların hem irelerden algıladıkları deste e bakıldı ında, aile ve arkada lardan algılanan deste e göre daha dü ük oldu u görölmekle birlikte umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili bulunmu tur. Bu nedenle hem irelerin hastaya destek olma konusunda daha duyarlı olmaları ve bunun önemini kavramaları için farkındalık artırmaya yönelik programların uygulanması önerilmektedir. Bu konuda hem irelerin yanı sıra sa lık ekibi içinde yer alan di er sa lık personelinin de bu programlara dahil edilmesinin, hasta bakımının etkin bir biçimde yönetilmesinde etkili olaca ı dü ünülmektedir. Ayrıca sa lık personelinin hastaya sosyal destek sa larken, bakıma ailelerini de katmaları önerilmektedir.

Hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeylerinin orta düzeyde olu unda, sosyal destek dı ında etkili olan spiritüel gereksinimler, ba etme ve problem çözme yöntemleri gibi faktörlerin ara tırılmasının da önemli olaca ı dü ünülmektedir. Her ne kadar hastaların umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri ortalama bir seviyede



olursa olsun, hastalar olası ruhsal sorunları açısından risk altında bulunmaktadır. Bu nedenle, hastaların ruhsal sağlıkları ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmeden önce umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeylerini minimum düzeye indirecek programların planlanması ve uygulanması da sağlık bakımı veren kişilerin öncelikleri arasında yer almalıdır.

## KAYNAKLAR

- Akdemir N (2004). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Ve Hemirelik Bakımı. In: Akdemir N, Birol L (Eds): *Ç Hastalıkları ve Hemirelik Bakımı*. İstanbul: Ekin Matbaası, 457-464.
- Anda R, Williamson D, Jones D ve ark. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*, 4(4): 285-94.
- Bennett SJ, Perkins SA, Lane KA ve ark. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10: 671-82.
- Boyd KJ, Murray SA, Kendall M ve ark. (2004). Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *The European Journal of Heart Failure*, 6: 585-91.
- Carels RA (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 13: 63-72.
- Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN ve ark. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, 16: 331-8.
- Coyne JC, Rohrbaugh MJ, Shoham V ve ark. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *Am J Cardiol*, 88: 526-29.
- Dunbar SB, Clark PC, Deaton C ve ark. (2005). Family education and support interventions in heart failure: a pilot study. *Nursing Research*, 54(3): 158-66.
- Durak A (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 1-11.
- Eker D, Akar H (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(34): 45-55.
- Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung*, 30: 167-76.
- Fleet RP, Beitman BD (1998). Cardiovascular death from panic disorder and panic-like anxiety: a critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(1): 71-80.
- Friedmann E, Thomas SA, Liu F ve ark. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J*, 152: 941-8.
- Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E ve ark. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(9): 1542-9.
- Horne G, Payne S (2004). Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine*, 18: 291-6.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F ve ark. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*, 29(5): 319-30.
- Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC ve ark. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 160: 1913-21.
- Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS ve ark. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110: 3452-56.
- Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM (2004). Why is depression bad or the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(3): 258-71.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S ve ark. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87: 235-41.
- Krumholz HM, Amatrudda J, Smith GL ve ark. (2002). Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(1): 83-9.

- Luttik ML, Jaarsma T, Moser D ve ark. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3): 162-9.
- Marttenson J, Dracup K, Canary C ve ark. (2003). Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4): 460-467.
- Murberg TA, Bru E, Aarsland T ve ark. (1998). Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with congestive heart failure. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26: 87-95.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K ve ark. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18: 39-45.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE ve ark. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. *JAMA*, 291:1358-67.
- Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML ve ark. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*, 30(2):105-16.
- Rutledge T, Reis VA, Linke SE ve ark. (2006). Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48: 1527-37.
- Sears SF, Vazquez LD, Matchett M ve ark. (2008). State of the art: anxiety management in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Stress and Health*, 24: 239-48.
- Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R ve ark. (2007). Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 167: 367-73.
- enol C (1989). Ankara linde Kurumlarda Ya ayan Ya hılarda Ölüme li kin Kaygı ve Korkular. Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tagaya A, Okuno S, Tamura M ve ark. (2000). Social support and end of life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2: 131-7.
- Yu DSF, Lee DTF, Woo J ve ark. (2004). Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 57: 573-81.
- Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT ve ark. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5): 474-83.

## CERRAHİ KLİNİKLERDE YATAN YAŞLI HASTALARIN GENEL SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF THE GENERAL HEALTH STATUS OF THE GERIATRIC PATIENTS WHO ARE TREATED IN SURGICAL CLINICS

Ar.Gör. Dilek ÇEÇEN\* Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBAYIR\*\*

\* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

\*\*Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu

#### ÖZET

**Amaç:** Yaşlanma sürecine bağlı olarak, hücre ve organ düzeyinde değişiklikler meydana gelir ve bu durum cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaya özel, kaliteli hemirelik bakımını gerektirir.

Bu araştırma, cerrahi girişim sürecindeki yaşlı hastalara kaliteli hemirelik bakımının sunulabilmesi için değerlendirilmesi önerilen, genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

**Yöntem:** Kesitsel- tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında, Manisa ilinde bir Devlet Hastanesinin tüm cerrahi kliniklerinde yatan 65 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlı hastalar dahil edildi. Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı, araştırmanın evreni örneklem olarak alındı (n=113). Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile, yaşlılarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler, SPSS 11.0 programı kullanılarak, sayı yüzde analizleri yapıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan yaşlı hastaların yaş ortalaması  $73.32 \pm 5.32$  olup, % 55.8'i erkektir. Hastaların % 59.3'ünün kronik hastalığı olduğu, % 72.6'sının hipertansiyonu, % 63.7'sinin görme, % 74.3'ünün yürüme sorunları olduğu, % 46.9'unun yeterli beslenemediği, % 48.7'sinin idrar kaçırma, % 15.0'inin dikey kaçırmaya sorunu olduğu belirlendi. Hastaların % 69.0'unun sürekli ilaç kullandığı, % 41.6'sinin bitkisel ilaç kullandığı, % 67.3'ünün daha önce düğümlendiği saptandı.

**Sonuç:** Araştırmada cerrahi girişimi planlanan yaşlıların, genel sağlık durumunu etkileyen etmenlerin olduğu belirlendi. Yaşlı bireye bakım veren hemirelerin bu faktörleri değerlendirmeleri önerildi.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, Cerrahi klinik, Genel Sağlık, Hemirelik.

#### ABSTRACT

**Purpose:** Depending on aging process there are some changes in cell and organ level so this situation requires specific, qualified nursing care to elderly patient who had surgical intervention.

This research, quality nursing care to elderly patients in the surgery process, to be presented with the proposed assessment, general health status for the purpose of the study was planned.

**Method:** The Research included 113 elderly patients who were over 65 years old, voluntary to this research and treated in surgical clinics between June and August 2008 in a government hospital in Manisa City. Sample selection method was not used in the study, the research sample was taken as the universe (n= 113). The data were collected using a questionnaire which developed by researchers and face to face technique was used. For data analysis SPSS 11.0 program was used.

**Results:** The average age of elderly patients participating in research was  $73.32 \pm 5.32$  and 55.8 % were men. It was determined that of the patients 59.3 % were have chronic disease, 72.6 % were have auditory problems, 63.7 % were have visual problems, 74.3 % were have walking problems was 46.9 % were not feeding enough, 48.7% were have urinary incontinence and 15 % were have fecal incontinence. Of the patients 69% were using drug continuously, 41.6 % of them were using herbal medicines and 67.3 % were have previous falling.

**Conclusion:** In the research, it was determined there were factors that affecting the general health status of geriatrics whose will have surgical intervention. It is recommended that the nurses, who are caring for elderly person, have to evaluate these factors.

**Key words:** elderly people, surgical clinic, general health, nursing

## GR

Dünya Sağlık Örgütü'nün 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılık, fiziksel ve mental fonksiyonlarda yetersizliklerin arttığı bir dönemdir.

Yaşlı bireyler, de ik nedenlerle hastaneye yatmakta ve cerrahi girişim deneyimlemektedir. Yaşlılarda yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerindeki bozukluklar nedeniyle, ameliyat öncesi-sırası ve sonrası dönemde daha fazla sorun yaşanmaktadır. Normal yaşlanma sürecinin ve hastalıkların neden olduğu de ikliklerin, ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme olasılığını artırdığı bildirilmektedir (Meek 2000; Erdil 2006).

Ameliyat olacak yaşlı hastaya ameliyat öncesi ve sonrası kapsamlı, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda planlanmalı, etkin bir hemirelik bakımının uygulanması, komplikasyonları ve fonksiyon kaybını önler, hastanede kalma süresini azaltır (Erdil 2003). Perioperatif Hemireler Derneği-Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), yaşlı hastanın bakımında hemirenin; hastanın genel görünümü, sistemlerin değerlendirilmesi, hareketliliği, beslenme durumu, bilişsel ve psikolojik durumu, kronik hastalıkların varlığı, kullanılan ilaçlar ve etkileri, laboratuvar ve diğer test sonuçları, geçmiş hastalık ve hastane deneyimlerinin değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Bailes 2000).

Araştırma, yaşlı hastaların cerrahi girişim sürecinde, kaliteli hemirelik bakımının sağlanması için genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve cerrahi risk oluşturabilecek fiziksel, çevresel sorunların tanımlanması amacıyla planlandı.

## GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan araştırmamızın evrenini, Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında Manisa'da bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, ortopedi, üroloji, kbb, beyin cerrahisi) yatan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı, araştırmanın evreni (N=113)

örneklem olarak alındı. Ara tırmanın evren ve örneklemini, ara tırmanın yapıldı ı tarihlerde hastanede yatan, ileti im kurabilen, anlama güçlü ü olmayan ve ara tırmaya katılmayı kabul eden 65 ya ve üzeri hastalar (n=113) olu turdu. Veriler ara tırmacılar tarafından ilgili literatür do rultusunda hazırlanan soru formu ile yüz yüze görü me yöntemi uygulanarak toplandı. Soru formunda; hastalara ili kin sosyo-demografik özellikler, sistem de erlendirmesi, hastaların ya adıkları sosyo-ekonomik ko ullar, dü me deneyimleri, ilaç kullanma, günlük ya am aktiviteleri ve ya lılı ı algılama durumlarına yönelik sorular (58 soru) yer aldı. Günlük Ya am Aktiviteleri; üç kategori halinde sınıflanarak de erlendirildi (Aylaz ve ark 2005).

Kategori I: Tamamen ba ımlı (Hiç yapamıyor)

Kategori II: Yarı ba ımlı (Yardımla yapabiliyor)

Kategori III: Ba ımsız (kendi ba ına yapabiliyor)

Verilerin analizinde, SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak, sayı yüzde analizleri yapıldı.

### Etik

Ara tırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul'undan ve ara tırmanın yürütüldü ü hastaneden yazılı izin alındı. Ara tırma öncesi, hastalara bilgi verildi, ara tırmaya katılmaya gönüllü olanlardan sözlü izin alındı.

## BULGULAR

**Tablo 1:** Ya lı Bireylerin, Sa lık/ Hastalık Durumlarının Ve Hastaneye Yatı Nedenlerinin Da ılımı (n= 113).

Tanıttıcı Bazı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Ya</b>		
60-69 ya	24	21,2
70-74 ya	47	41,6
75 ya ve üzeri	42	37,2
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	63	55,8
Kadın	50	44,2
<b>E itim durumu</b>		
Okur yazar de il	70	61,9
Okur yazar	18	15,9
İlk ve orta ö retim	25	22,1
<b>Medeni durum</b>		
Evli	71	62,8
Bekar/ e i ölmü	42	37,2
<b>Sosyal güvence</b>		
SSK	35	31,0
Ye il kart	33	29,2
Ba kur	26	23,0
Emekli sandı ı	14	12,4
Güvencesi yok	5	4,4
<b>Gelir durumu</b>		
Geliri yok	28	24,8
Emeklilik maa ı	30	26,5
Ya lılık aylı ı	24	21,2
Maa	19	16,8

Kira geliri	6	5,3
Yakınlarının düzenli yardımı	6	5,3
<b>Kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvurma</b>		
Ba vurmayan	86	76,1
Ba vuran	27	23,9
<b>Hastalandığında genellikle başvurdu yeri</b>		
Sa lık oca ı/aile hekimi	66	58,4
Devlet hastanesi	43	38,1
Özel doktor/hastane	4	3,5
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>		
Kullanan	78	69
Kullanmayan	35	31
<b>İkayetleri için bitkisel ilaç kullanımı</b>		
Kullanmayan	66	58,4
Kullanan	47	41,6
<b>Çok sayıda ilaç kullanımı</b>		
Kullanmayan	60	53,1
2 ilaç	23	20,4
3 ve daha fazla ilaç	30	26,5
<b>Sigara kullanımı</b>		
Kullanmıyor	69	61,1
Kullanıyor	29	25,7
Arada bir içiyor	11	9,7
Bırakmış	4	3,5
<b>Evde sigara içilme durumu</b>		
Hayır	79	69,9
Evet	19	16,8
Evet ama yanımda içilmez	15	13,3
<b>TOPLAM</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

Ara tırmamıza katılan ya lı hastaların, % 55.8 'i erkek, % 44.2'si kadın ve ya ortalaması 73,32 ±5,32 idi. %41,6'sı 70-74 ya grubunda, % 61,9'u okur yazar de il, % 62,8'i evli, %24,8'inin geliri olmadı ını ifade etti.

Ya lı hastaların % 76.1'i hastalandıklarında bir sa lık kurumuna ba vurmadı ını, kontrol amacı ile ba vurulan sa lık kurumları ise genellikle (%58.4) sa lık oca ı/ aile hekimleri idi.

Ya lı hastaların ilaç kullanımları incelendi inde ise % 69'u sürekli ilaç kullandı ını ve % 74.3'ü ilaçlarını doktor kontrolünde aldı ını, % 38.9 'u aile ya da yakınlarının önerisi ile ara sıra reçetesiz ilaç aldı ını, % 41.6'sı ya adı ı a rı, öksürük gibi bazı sorunları gidermek amacıyla bitkisel ilaç kullandı ını ifade etti.

Ya lıların sa lı ını etkileyen faktörlerden olan sigara kullanımı de erlendirildi inde % 25.7'si sigara içti ini ve % 16.8'i evde yanında sigara içildi ini belirtti.

Tabloda belirtilmemekle birlikte ara tırmamıza katılan ya lı hastaların, %28.3'ünün genel cerrahi klini inde yattı ı, % 59.3'ünün kronik/ yanda ba ka bir hastalı ı oldu u ve hastaların % 22.4'ünde diyabet ve hipertansiyon, %16.8 inde hipertansiyon, % 9.7'sinde KOAH hastalı ı saptandı. Hastaların daha çok kalça kırığı (%23) ve kanser (%18.6) nedeniyle cerrahi giri im geçirdikleri, % 40.7'sinin daha önce cerrahi giri im geçirmedikleri belirlendi.

**Tablo 2:** Ya lı Bireylerin Ya ad ı Fiziksel De i iklik/ Sorunların Da ılımı (n= 113).

Fiziksel de i iklik/ sorunları	Sayı (n)*	Yüzde (%)
İtme sorunu olan	82	72,6
İtme cihazı kullanan	4	3,5
Görme sorunu olan	72	63,7
Gözlük kullanan	59	52,2
Yürüme güçlü ü olan	84	74,3
Yürüteç/ baston kullanan	62	54,9
<b>Bo altım sorunu</b>		
Üriner inkontinans	55	48,7
Fekal inkontinans	17	15,0
Ciltte de i iklik		
Renk de i ikli i	38	33,6
Ciltte kuruluk	46	40,7
Deri turgorunda de i iklik	49	56,6
Tırnaklarda de i iklik	51	45,1
Kronik ödemi olan	34	30,1
Kronik a rı ya ad ını ifade eden	87	77,0
Kronik öksürü ü oldu unu ifade eden	46	40,7
<b>BKI</b>		
19 altı= zayıf	4	3,5
19-25= normal	54	47,8
25-30= kilolu	48	42,5
30 üzeri= obez	7	6,2
<b>Beslenme durumları</b>		
Yiyeceklerin tadında de i iklik var	78	69,0
Hastalı ım beslenmemi engelliyor	53	46,9
Günde 2 ö ünden az yerim	33	29,2
Sebze meyveyi seyrek yerim	102	90,3
Süt ve ürünlerini seyrek yerim	100	88,5
Beslenmemi engelleyen di sorunlarım var	48	42,5
Yeterli beslenmemi sağlayacak param yok	26	23,0
Son 6 ay içinde 2,5 kg kaybettim	52	46,0
Yemek yeme ve yapmaya gücüm yok	31	27,4
<b>Barsak alı kanlıkları</b>		
Sorun yok	42	37,2
Konstipasyon	58	51,3
Diyare	13	11,5
<b>Uyku durumu</b>		
Ort uyku saati: 6,67 ±1,73		
Uykuya dalma güçlü ü olan	60	53,1
Güçlü ü olmayan	53	46,9
<b>Bakımı çin Yardım Gereklinimi Olma Durumu</b>		
Gereklinimi yok	25	22,1
Bazen var	45	39,8
Her zaman var	43	38,1
<b>Kim yardım ediyor?</b>		
Yardım edecek kimsesi yok	23	20,4
E i	33	29,2
Kızı	18	15,9
O lu	27	23,9
Bakıcısı	12	10,6
<b>TOPLAM</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

\* Sadece fiziksel de i iklik / sorunu olan ya lı hastaların sayısı belirtilmi tir.

Ya lı hastaların ya lılı a ba lı fiziksel de i iklik ve sorunları incelendi inde ise; hastaların %72.6'sı i itme sorunu ya adı nı ve % 3.5'i i itme cihazı kullandı nı, % 63.7'si görme sorunu ya adı nı ve % 52.2'si gözlük kullandı nı, % 74.3'ü yürüme güçlü ü ya adı nı ve % 54.9 'u yürüteç ya da baston kullandı nı ifade etti. Deri ve eklerindeki de i iklikler incelendi inde, % 56.6'sının deri turgorunda de i iklik, % 40.7'sinde cilt kurulu u, % 45.1'inde tırnaklarında de i ikliklerin oldu u gözlendi. Ya lı hastaların % 30.1 'inin el ve ayaklarında i lik vardı.

Ya lı hastaların beslenme durumları ve beslenmeye ili kin sorunları incelendi inde ise; Beden Kitle ndeksi (BKI)' nin % 47.8 normal, % 42.5'inin kilolu, % 3.5' inin zayıf oldu u belirlendi. Hastaların % 90.3'ü sebze ve meyveyi % 88.5'i süt ve süt ürünlerini az tüketti ini, % 69 'u yiyeceklerin tadında eskisine göre de i iklik hissetti ini, % 42.5'i di sorunlarının beslenmesini etkiledi ini, % 46'sı son 6 ay içinde istem dı ı 2.5 kg ve daha fazla kilo kaybetti ini, % 46.9'u ise hastalı nın beslenmesini etkiledi ini ifade etti. Ya lı hastaların % 51'i konstipasyon, % 11.5'i ise diyare sorunu oldu unu belirtti.

Ya lı hastaların uyku süresi ortalaması  $6.67 \pm 1.73$  olarak saptandı ve %20. 4'ü sıklıkla uyku sorunu ya adı nı ifade etti.

Ya lı hastaların % 38.1'i günlük ya amında yardıma gereksinim duydu unu, % 29.2'si e inin yardım etti ini, % 20.4'ü yardım edecek kimsesi olmadı nı ifade etti.

**Tablo 3:** Ya lıların Ya adıkları Konuta li kin Bazı Özellikler Ve Dü me Deneyimlerinin Da ılımı (n= 113).

Konut durumu ve bazı özellikler	N	%
<b>Ya adı ı yer</b>		
Kendi evinde yalnız	9	8,0
Kendi evinde bakıcıyla	1	0,9
Kendi evinde e i ile	61	54,0
Kendi evinde çocuklarıyla	21	18,6
Kendi evinde akrabalarıyla	1	0,9
Kızının yanında	6	5,3
O lunun yanında	14	12,4
<b>Konut durumu</b>		
Müstakil	68	60,2
Apartman dairesi	45	39,8
<b>Konutunda ya adı ı zorluklar *</b>		
Güne almaması	19	16,8
yi ısınmaması	36	31,9
Asansörlü olmaması	37	32,7
Yerlerin kaygan olması	19	16,8
Küçük olması	28	24,8
Büyük olması nedeniyle odalar arasında gidip gelme zorlu u	4	3,5
Temizlik ve bakımın zor olması	9	8,0
Kendine ait odanın olmaması	22	19,5
Banyo ve tuvalette tutunacak yerlerin olmaması	99	87,6
Elektrik dü melerine uzanmada zorlanma	9	8,0
Giri katı olması nedeniyle güvenli de il	14	12,4
Mutfakta yemek alanının olmaması	4	3,5
<b>Daha Önceki Dü me deneyimi</b>		
Dü mü	72	63,7
Dü memi	41	36,3



**Cerrahi Kliniklerinde Yatan Ya lı Hastaların Genel Sa lık Durumlarının De erlendirilmesi**

<b>Nerede dü tü? N= 72</b>		
Banyo ve tuvalet	36	31,8
Merdiven	23	20,4
Sandalye	7	6,2
Yolda (ev dı nda)	7	6,2
<b>Dü meye yönelik önlem alınma durumu</b>		
Evet	21	18,6
Hayır	52	46,0
<b>TOPLAM</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

\* Birden fazla seçenek i aretlenmi tir.

Ya lıların, % 60.2'si müstakil konutta, % 54 'ü kendi evinde e i ile birlikte ya adı nı, % 87.6'sı banyo ve tuvalette tutunacak kolların olmadığı, % 32.7'si konutunun asansörlü olmadığı, % 31.9'u iyi ısınmadığı, % 24.8'i evi küçük olduğu için, % 19.5'i kendisine ait odasının olmaması nedeniyle ya adıkları evde zorluk ya adı nı ifade etti.

Ara tırmada, ya lı hastaların daha önceki dü me deneyimleri incelendi inde; % 67.3'ü daha önce dü tü ünü ve % 26.5'i banyo ve tuvalette, % 20.4'ü merdivende dü tüklerini ifade etti. Dü enlerin sadece % 18.6'sı dü me deneyimi sonrası ailesi tarafından güvenlik tedbirlerinin alındı nı belirtti.

**Tablo 4:** Ya lı Hastaların Günlük Ya am Aktivitelerine Göre Ba ımlılık Durumlarının Da ılımı (n= 113)

Günlük Ya am Aktiviteleri	Ba ımsız		Kısmen Ba ımlı		Ba ımlı	
	N**	%	N**	%	N**	%
Banyo	63	55,8	23	20,4	27	23,8
Tuvalet	65	57,5	21	18,6	27	23,9
Giyinme	63	55,8	23	20,4	27	23,8
Beslenme	66	58,4	22	19,5	25	22,1
Ev içinde hareket	71	62,8	18	16,0	24	21,2
Ev dı nda gezinme	55	48,7	26	23,6	32	28,3
Çama ır yıkama	46	40,7	18	15,9	49	43,4
Temizlik yapma	37	32,7	18	16,0	58	51,3
Alı veri yapma	40	35,4	15	13,3	58	51,3
Fatura ödeme	40	35,4	8	7,1	65	52,5

\*\*Her ya lı hasta birden fazla yanıt verdi tir.

Çalı mamızda ya lı hastaların günlük ya am aktivitelerindeki ba ımlılık durumları incelendi inde; fatura ödeme (% 52.5), temizlik yapma (%51,3) ve alı veri yapma (%51,3) faaliyetlerinde ba ımlı oldukları, ev içinde hareket etme (% 62.8) ve beslenme (%58.4) fonksiyonlarında ba ımsız ev dı nda gezinme (% 23.6) fonksiyonlarında yarı ba ımlı oldukları belirlendi.

**Tablo 5:** Ya lıların Ya lılı ı Algılama Durumlarının Da ılımı (n=113).

Ya lılık algısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Ya lılık: *</b>		
Ya lılık dinlenmektir.	61	54,0
Ya lılık hastalıktır	104	92
Hayatın sonuna gelmektir	100	88,5

Ba kalarına muhtaç olmaktır	91	80,5
Sevdiklerini kaybetmektir	94	83,2
Kendini yorgun hissetmektir	104	92
Saygı görmektir	96	85
Daha az sorumluluk ta imaktır	70	61,9
Daha önce yapılamayan i ler için fırsattır	55	48,7
Emekliliktir	60	53,1
Yalnız kalmaktır	75	66,4
Her ey için daha çok zaman ayırmaktır	41	36,3
<b><u>Kendinizi sa lıklı hissediyor musunuz ?</u></b>		
Çok sa lıklı hissediyorum	6	5,3
Küçük sorunlar olsa da sa lıklı hissediyorum	43	38,1
Kararsızım	12	10,6
Sa lık sorunlarım var	43	38,1
Çok hasta hissediyorum.	9	8,0
<b>TOPLAM</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla yanıt verilmi tir.

Ara tırmaya katılan ya lıların "Sizce ya lılık nedir" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendi inde; "Kendini yorgun hissetmektir" (%92), " ya lılık hastalıktır" (%92), " hayatın sonuna gelmektir" (% 88.5) yanıtları ço unluktaydı.

Ya lıların % 71.7'si (n= 81) kendini ya lı hissetti ini ifade etti. Ya lılık kaç ya nda ba lar sorusuna verilen yanıtlarda, ya ortalaması 55 olup, en küçük ya 35, en büyük ya 80'di. Kendisini sa lıklı hissetti ini ifade edenlerin oranı %5.3 iken, % 38.1' i sa lık sorunları oldu unu, % 38.1'i küçük sa lık sorunları olsa da kendini sa lıklı hissetti ini belirtti.

## TARTI MA

Ya lanmaya ba lı de i iklikler ya ayan ve cerrahi giri im geçiren ya lı hastaya, hastaneye kabulünden itibaren kaliteli hem irelik bakımı için kapsamlı bir de erlendirme yapmalıdır. Bu de erlendirmede hastalık hikayesi, fiziksel de erlendirme (beden kitle indeksi, ya am bulguları, laboratuvar bulguları), varsa geçmi anestezi deneyimi, sistemlerin gözden geçirilmesi, alerjileri, ilaç kullanımı, kültürel, geleneksel ya antısı, kullandı ı protez ve destek araçları, sa lı ını etkileyen ev ko ulları ve sosyal destek sistemlerinin de erlendirilmesi önerilmektedir (Soufl 2004). Bu öneri do rultusunda ara tırmamızda, cerrahi kliniklerde bulunan ya lı hastaların ameliyat öncesi sırası ve sonrası süreci etkilemesi söz konusu olan, genel sa lık durumları de erlendirildi.

Bu de erlendirme sonucunda ara tırmamızda, ya lı bireylerin büyük ço unlu unun (% 59.3'ünün) hastalı ı yanında e lik eden bir hastalı ı oldu u, % 21.2'sinde diyabet ve hipertansiyon, %16.8 inin hipertansiyon, % 9.7'sinin yalnızca Kronik Obstrüktif Akci er Hastalı ı (KOAH) hastalı ı oldu u saptandı. Benzer ekilde Özdemir ve ark (2005) yaptıkları çalı mada, ya lıların %11.4'ünün KOAH, %77.1'inin hipertansiyonu oldu u belirlenmi tir. Yine 60 ya ve üzeri ya lıların demografik, ekonomik, sosyal, sa lık ve duygusal durumlarını belirlemek amacı ile yapılan bir çalı mada, ara tırmaya katılanların %15.6'sında hipertansiyon, %12.6'sında diyabet, %7.8'inde kardiyak sorunlar oldu u belirlenmi tir (Kısacık 2009). Ara tırmamızdan elde edilen veriler ile bu çalı maların sonuçları benzerlik gösterdi.

Ara tırmamızda, hastaların daha çok kalça kırığı (%23) ve kanser (%18.6) nedeniyle cerrahi girişim geçirdikleri, % 40.7'sinin daha önce cerrahi girişim geçirmedikleri belirlendi. Yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri yaşlarda uygulanan acil ve elektif ameliyatların değerlendirildiği bir çalışmada, yaşlıların en fazla kanser, üriner sistem patolojisi ve katarakt nedeniyle elektif ameliyat olduğu belirlenmiştir (Topba ve ark. 2002). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak kalça kırığı nedeniyle cerrahi girişim geçirenlerin oranı yüksek bulundu.

Ya lı hastaların % 76.1'i hastalandıklarında bir sağlık kurumuna başvurmadığı ve kontrol amacı ile başvuru yapılan sağlık kurumlarının ise genellikle (%58.4) sağlık ocağı/aile hekimleri olduğu saptandı. Ya lıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelendiği bir ara tırmada, son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma oranının % 93.3 ve ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşunun (% 55.6) sağlık ocağı olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve ark 2002). Bizim ara tırmamızda kontrol amaçlı sağlık kurumuna başvuru oranı düşük çıkmıştır. Ya lıların yaşlanmaya bağlı de ğerlikleri ve kronik hastalıklarının olması dolayısıyla rutin sağlık kontrollerinin yapılmasının önemlidir ve bu durum genel sağlık durumlarındaki de ğerliklerin erken fark edilmesini sağlayacaktır. Cerrahi girişim gerektiren durumlarda yaşlının durumundaki bu de ğerliklerin düzeltilmesi gerekmektedir.

Hastaların ilaç kullanımları sorulduğunda ise % 69'u sürekli, % 26,5'i 3 ve daha fazla sayıda ilaç kullandığını ve sadece % 74.3'ü ilaçlarını doktor kontrolünde aldığını ifade etti. Yapılan bir çalışmada, yaşlıların % 74.6'sının düzenli olarak ilaç kullandıkları saptanmıştır (Güngör ve ark 2005). Ara tırma sonuçları yaşlıların sürekli ilaç kullanımı konusundaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ya lılarda çoklu ilaç kullanımı, ilaçların birbiriyle etkileşimi ve yan etkilerinin ortaya çıkması açısından sorun olmaktadır. Cerrahi süreç; yaşlının bu ilaçların yanı sıra anestezi, analjezik ve bazı ilaçların kullanımını gerektirdiğinden değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Ya lıların sağlıklı olmasını etkileyen faktörlerden olan sigara kullanımı değerlendirildiğinde % 25.7'si sigara içtiğini ve % 16.8'i evde yanında sigara içildiğini ifade etti. Ya lılarda sigara kullanımına ilişkin yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bir çalışmada yaşlı hastaların %28.6'sının sigara içtiği belirlenmiştir (Özdemir ve ark 2005) Özellikle de cerrahi girişimi planlanan yaşlı için akciğer kapasitesindeki azalma ve artan oksijen ihtiyacı düşünüldüğünde sigara kullanımı zarar vericidir. Ya lıların evlerinde ve yanlarında sigara içilmesinin sağlıklı olumsuz etkileyen koşulları oluşturduğunu bilinmektedir.

Ara tırmaya katılan yaşlı hastaların %72.6'sı iktisat sorunu yaşadığını ancak % 3.5'inin iktisat cihazı kullandığını, % 63.7'si görme sorunu yaşadığını ve % 52.2'si gözlük kullandığını ifade etti. Yapılan bir çalışmada yaşlıların %80'inin gözlük kullandığını, gözlük kullananların büyük bir kısmının (%75) günlük yaşam aktivitelerini etkilendiği ve %45.7'inin iktisat kaybı olduğu, %28.1'inin iktisat cihazı kullandığını, iktisat kaybı olan yaşlıların tamamına yakınının (%90.6) günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (Özdemir ve ark 2005). Ara tırmamızda yaşlıların büyük çoğunluğunu iktisat, görme ve yürüme güçlüğüne yaşadığı ancak bu sorunları azaltma amaçlı yardımcı

cihaz ve protez kullanım oranının dü ük oldu u saptandı. Bunun nedeninin sa lık kurumlarına ba vuruların az olması ve yetersiz ekonomik durum oldu u söylenebilir.

Ara tırmada üriner inkontinansı olan ya lı oranı % 48,7 olarak saptanmı tır. Üriner inkontinans ya lı popülasyonu etkileyen, depresyon, anksiyete, utanma ve sosyal izolasyon gibi ciddi psikolojik ve sosyal komplikasyonlara neden olabilecek önemli ve yaygın bir sa lık problemidir ( nci 2009).

Ya lı hastaların uyku süresi ortalaması  $6.67 \pm 1.73$  saat olarak saptandı ve sıklıkla uyku sorunu ya adını ifade edenlerin oranı % 20.4'idi. Literatürde ya lılarda uyku gereksinimi ve düzeninin de i iklim gösterdi i, günlük uyku süresinin 6 saat civarında oldu u, ya lıların genellikle erken yattı ı sabah erken kalktıkları, gece boyunca sık sık uyandıkları ve toplam uyku süresinin daha kısa ve uykuya dalmanın daha geç oldu u bildirilmektedir (Erdil 2006; Suluo lu ve Özbayır 2005). Bu bilgi ile çalı mamızdan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir. Uyku süresi ya lılarda azalmakta ve uykuya dalma güçlükleri daha fazla ya anmaktadır. Genel olarak uyku sorunu ya ayan ya lıların hastane sürecinde bu sorunu daha fazla ya ayaca ından hem ire bu konuda gerekli önlemleri almalıdır.

Ya lı hastaların beslenme durumları incelendi inde büyük ço unlu unun BKI nin normal (% 47.8) ancak % 42.5'inin kilolu, % 3.5' inin zayıf oldu u belirlendi. % 90.3'ü sebze ve meyveyi % 88.5'i süt ve süt ürünlerini az tüketti ini, % 42.5'i di sorunlarının beslenmesini etkiledi ini ifade etti. Benzer olarak Güngör ve ark (2005) Manisa'da ki huzurevinde yaptıkları çalı mada ya lıların, BKI nin %54.9' nun normal, %22.5'nin yüksek %14.1'inin obez oldu unu belirlemi lerdir. Yine aynı çalı mada ya lıların % 47.9'u ekme ve un ürünlerini "ara sıra", %71.8'i et, tavuk ve türevlerini "ara sıra", % 63.4'ü süt ve süt ürünlerini "ara sıra", %60.6'sının eker ve türevlerini "ara sıra" %63.4'ü sebze ve meyveyi "ara sıra" tüketti ini saptanmı tır. Ulusel ve ark (2004) yaptıkları çalı mada, ya lıların % 28.6'sının BK 'i normal, %34.5'i fazla kilolu, %35.1'i i man, %1.8'i ise dü ük a ırlıkta oldu unu belirlenmi tir.

Ara tırmamızda ya lıların büyük ço unlu unda deri turgorunda de i iklim saptandı (% 56,6). Bu durum hastaların yetersiz sıvı aldının göstergesidir. Hem genel sa lı ını, hem de cerrahi süreci olumsuz etkileyecek bir davranı olması nedeniyle ya lılar günlük 8-10 bardak su içmeleri konusunda desteklenmelidir. Ara tırmamızda hastaların BKI leri açısından normal yada hafif kilolu oldu u saptanmı olup cerrahi süreç ve genel sa lıkları açısından olumlu olarak algılanmaktadır. Literatürde ya lıların beslenmesi konusunda süt ve süt ürünlerinin, meyve ve sebzelerin posalı yiyeceklerin tüketimi konusunda öneriler bulunmaktadır (Rakıcı lu 2009). Ancak ara tırmaya katılan ya lıların önerilen bu besin gruplarını daha az tükettiklerini ifade etmektedir. Bununla ba lantılı olarak hastaların % 51,3'ü konstipasyon sorunu ya amaktadır. Ameliyat sonrası geli mesi muhtemel sorunlardan biri olan konstipasyonun bu ya lılarda görülme oranı artacaktır.

Ya lılar ya lılı a ba lı de i imleri ve hastalı ı nedeniyle günlük temel ihtiyaçlarını kar ılamada dahi yardım gereksinimi duyabilmektedir. Ara tırmamızda ya lıların % 20.4 'ü yardım gereksinimlerini kar ılayacak kimsesi olmadı ını ifade etmi tir.

Ameliyat sonrası dönemde bakım gereksinimleri artacağından bu durum değerlendirilmeli ve destek sağlanmalıdır.

Ara tırmamızda ya lı hastaların daha önceki dü me deneyimleri incelendi inde; % 67.3'ünün daha önce dü tü ü ve % 26.5'inin banyoda ve % 20.4'ünün merdivende dü tü ünü ifade etti. Özdemir ve ark (2005), ya lıların %24.3'ünün daha önce de dü tü ünü, dü me oranının kadınlarda, 70-79 ya grubunda ve yalnız ya yalarda daha fazla olduğunu belirtmiştir. Ye ilbalkan ve Karadakovan (2005) zmir'de bir huzurevinde yaptıkları çalı malarında ise, ya lıların %48.7'sinin daha önce dü tü ünü saptamıştır.

Altmış be ya üzeri bireylerin yaklaşık 1/3'ü her yıl en az bir kez dü me deneyimi yaşamaktadır. Ya lı bireyler arasında ba ta kalça olmak üzere çe itli kemik kırıklarıyla sonuçlanan dü meler, hareketsizliği artıran ve yata ba ımlılığı neden olan bir faktördür (Içe ve ark. 2007). Anestezinin ve kullanılan ilaçların etkisi, duyu algı kapasitesinde yaşanan problemler nedeniyle, cerrahi girişim geçiren ya lı hastalar için dü me riski daha da artmaktadır.

Ara tırmaya katılan ya lılara evlerinde yaşadıkları sorun ya da zorluklar soruldu unda; % 87.6'sı banyo ve tuvalette tutunacak kolların olmadığı, % 32.7'si konutları asansörlü olmadığı, % 31.9'u iyi ısınmadığı, % 24.8'i evinin küçük olması % 19.5'i kendisine ait odasının olmaması nedeniyle zorluk yaşadığını ifade etti. 65 ya üzerindeki ya lılarda ev kazaları ya ama nedenlerinin araştırıldı ı bir çalı mada, en fazla yaşanan ev kazasının % 27.6'sının dü me olduğu ve dü melerin nedeni olarak % 21.7'si banyoda tutunma barının olmamasını, % 17.4'ü aydınlatmanın yetersiz ve zeminin ıslak olmasını ifade etmişlerdir (Erkal 2005). Içe ve ark. (2007) da çalı malarında, ya lıların günlük ya am aktivitelerini gerçekle tirdikleri ortamlarda gereksiz yerle tirilen mobilyaların da kazalara neden olabilece ini bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bizim çalı mamızdan elde edilen bulgularla uyum göstermektedir.

Ara tırmamızda ya lıların GYA 'deki ba ımlılık durumları daha çok enstrumental (temizlik yapma, fatura ödeme) GYA de ba ımlı oldukları saptanmıştır. ahabaz ve Tel (2006) ara tırmalarında, banyo yapma, giyinme, hareket etme gibi günlük ya am aktivitelerinde ba ımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Güne ve ark (2005) yaptıkları çalı mada ya lıların en çok ba ımlılık ya adıkları günlük ya am aktivitelerinin banyo yapmak, giyinme, hareket etme, ev i i yapma, yemek hazırlama, çama ır yıkama, parasını idare edebilme aktiviteleri olduğunu saptanmıştır.

Ara tırmamızda hastaların ya lılığı nasıl algıladıkları soruldu unda % 92'si "ya lılık hastalıktır", yine % 92'si "kendini yorgun hissetmektedir" diyerek tanımladı ve ara tırmaya katılanların % 71.7'si kendini ya lı hissetti ini ifade etti. Özdemir ve ark (2005) ara tırmalarında, hastaların %51.5'i ya lılığı, "hasta olma", %34.3'ü "ba ımlı olma" ve "yalnızlık" (%17.2) gibi olumsuz ekilde algıladı ı, bununla birlikte kadınların erkeklere göre ya lılığı daha olumlu algıladı ı saptanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Ara tırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) 'nın Ankara ilindeki 65 ya üzeri bireylerle yaptığı çalı mada (2004), ya lıların %71.7'si ya lanmayı "yorgun

hissetmektir", % 68.8'i ise "hastalıktır" ekinde tanımlamı lardır. Ya lıların ya lılı ı algılama durumları ya lılı a ba lı de i iklikleri kabulleni ini etkilemektedir.

## KAYNAKLAR

- Aylaz R, Güne G, Karao lu L ( 2005). Huzurevinde Ya ayan Ya lıların Sosyal, Sa lık Durumları Ve Günlük Ya am Aktivitelerinin De erlendirilmesi, nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(3)177-183 (2005).
- Bailes B (2000). Perioperative Care Of The Elderly Surgical Patient, AORN Journal, Augst ProQuest Health And Medical Complete pg. 86, 72 (2): 186-207.
- Erdil F (2003). Ya lıların Perioperatif Hem irelik Bakımı, 4. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi, Kongre Kitabı, zmir, 155-175.
- Erdil F (2006). Ya lılara Yönelik Hem irelik Hizmetleri, Geriatri ve Gerontoloji, Ulaslararası Ya lanma Enstitüsü, H.Ü Geriatrik Bilimler Ara tırma Merkezi Yayınları, Ankara, 170-174.
- Erkal S (2005). Kırıkkale Ovacık Mahaltesinde Ya ayan 65 Ya Ve Üzeri Ki ilerinin Ev Kazaları le Kar ıla ma Durumlarının ve Kaza Nedenlerinin ncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi 8 (1) 17-21.
- Güne G, Demircio lu N, Karao lu L (2005). Malatya ehir Merkezinde Ya ayan Ya lı Kadınların Günlük Ya am Aktiviteleri, Sosyal ve Psikolojik Fonksiyon Düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi 8 (2): 78-83.
- Güngör N, Nehir S, Özba aran F (2005). Manisa Kent Merkezindeki Huzurevinde Ya ayan Ya lıların Sosyodemografik Özelliklerinin Beslenme Durumları Üzerindeki Etkisi, Türk Geriatri Dergisi, 8 (4): 195-204.
- Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Ara tırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) (2004). Ya lılık Gerçe i, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.
- İçe A, İçe C, Dramalı A (2007). Ya lılarda Ev Kazalarının Önlenmesi ve Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik ç Mekan Çözömlenmeleri, H.Ü. Sosyolojik Ara tırmalar e- dergisi, Ankara.
- nci K ( 2009). Ya lılarda üriner inkontinans ve Farmakolojik tedavisi Turkish Journal of Geriatrics 2009; 13 (1): 59-66
- Kısacık A (2009). Sivas l Merkezinde kamet Eden 60 Ya Ve Üzeri Ya lıların Demografik, Ekonomik, Sosyal, Sa lık ve Duygusal Durumları. www.sosyalhizmetuzmani.org/ya lı ara tırması. eri im tarihi: 01.07.2009.
- Meek R (2000). Surgery And The Older Person. In : Manley, K., Bellman, L. (Eds) Surgical Nursing Advancing Practice. Haurcourt Publishers Limited, Pp: 204-221.
- Özdemir L, Akdemir N, Akyar ( 2005). Hem ireler çin Geli tirilen Ya lı De erlendirme Formu ve Geriatrik Sorunlar, Türk Geriatri Dergisi 8 (2): 94-100
- Öztürk A, Naçar M, Aslan A ve ark. (2002). Kayseri Sa lık Grup Ba kanlı ı Bölgesinde Ya lıların Sa lık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları, Türk Geriatri Dergisi, 5(4): 138-143.
- Rakıcıo lu N (2009) Ya lılıkta Beslenme, [http:// www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/YASLILIKTA\\_BESLENME.pdf](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/YASLILIKTA_BESLENME.pdf), eri im tarihi: 16.07.2010.
- Saufi N. ( 2004). Preparing The Older Adult For Surgery And Anesthesia, Journal Of Perianesthesia Nursing Vol. 19, No 6 pp: 372- 378. doi.10.1016/j.jopan2004.08.008
- Suluo lu Z, Özbayır T (2005). Kronik Obstrüktif Akci er Hastalarının Uyku Bozuklu u Düzeylerindeki De i ikliklerin ncelenmesi, Ege Üniversitesi. Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 22 özel sayı: 219-228.
- ahbaz M, Tel H. (2006). Evde Ya ayan 65 Ya Ve Üzeri Bireylerin Günlük Ya am Aktivitelerindeki Ba mlılık Durumu le Ev Kazaları Arasındaki li kinin ncelenmesi, Türk Geriatri Dergisi, 9 ( 2) 85-93.
- Topba M, Can G, Kızıl M ve ark. (2002). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinde 65 Ya Üzerindeki Ya lılara Yapılan Acil ve Elektif Ameliyatların De erlendirilmesi, nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(2) 105-108.
- Ulusel B, Soyer A, Uçku R (2004). Toplum çinde Ya ayan Ya lılarda Günlük Ya am Etkinliklerinde Ba mlılık Düzeyi Ve Etkileyen Etmenler, Türk Geriatri Dergisi, 7 (4): 199-20
- Ye ilbalkan U Ö, Karadakovan A (2005). Nahlidere Dinlenme ve Bakımevinde Ya ayan Ya lı Bireylerdeki Dü me Sıklı ı ve Dü meyi Etkileyen Faktörleri, Türk Geriatri Dergisi; 8 (2): 72-77.

## HASTALARIN CERRAHİ GİRİM SONRASI ABDOMİNAL DISTANSİYONA YÖNELİK DENeyİMLER

### PATIENTS' EXPERIENCE TOWARDS POSTOPERATIVE ABDOMİNAL DISTENTION

Araştırma Görmüş: Nurten TADEMİR\* Doç.Dr. Sevilay ENOLÇELİK\*\*

\*Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksek Okulu, Cerrahi Hastalıkları Hemireli İnanbilim Dalı, zmir  
\*\*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemirelik Bölümü, Ankara

#### ÖZET

**Amaç:** Araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç Yöntem:** Araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan ve genel anestezi altında ameliyat olmuş 384 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik sayılar ki-kare, Fisher kesin ki-kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların % 42.7'si abdominal distansiyonu, %41,5'i ameliyat sonrası bulantı-kusması olduğunu ifade etmiştir. Abdominal distansiyon olumunda; ameliyat öncesi dönemde bulantı-kusması, ameliyat tipi, ameliyat sonrası dönemde gastrointestinal sistem üzerine etkili ilaç kullanma durumu, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama zamanı, ilk ayağa kalkma ve gaz çıkarma süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Genel anestezi altında ameliyat olan hastalarda; abdominal cerrahi, ameliyat sonrası dönemde ilk ayağa kalkma ve ilk beslenmeye başlama zamanı distansiyon olumunda etkilidir.

**Anahtar Sözcükler:** Abdominal distansiyon, hasta deneyimleri, hemirelik,

#### ABSTRACT

**Objectives:** This study was carried out to determine the experience of patients towards the postoperative abdominal distention.

**Methods:** The subjects included 384 patients who undergone surgical operation under general anesthesia in the clinics of general surgery, orthopedic, brain surgery, Ear Nose Throat surgery, ophthalmology, gynecology, obstetrics on a hospital in Zonguldak City. The data collection tool comprised of a questionnaire, prepared by the researchers. The data were collected through face to face patient interviews. The data was evaluated with the percentage, Chi-square and Fisher Chi-square relevance tests.

**Results:** The results demonstrate that 42.7% and 41.5% of the patients had postoperative complaints of abdominal distention and nausea and vomiting respectively. The difference in development of the abdominal distention was found statically significant ( $p<0,005$ ) in the terms of

*preoperative intestinal excretion, type of operation, postoperative application of medications on gastrointestinal system, time of initial oral nutrition, time of initial ambulation and intestinal gas discharge.*

**Conclusion:** *Abdominal surgery, time of the initial ambulation and oral nutrition was effective in abdominal distention formation on patients who had surgery under general anesthesia.*

**Key Words:** *Abdominal distention, patient experiences, nursing*

## G R

Ameliyat sonrası görülen komplikasyonların bir bölümü gastrointestinal sistemle (G S) ilgilidir. G S'e ili kin kar ıla ılan sorunlar arasında özellikle bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, parolitik ileus ve abdominal distansiyon yer almaktadır (Brenner, 1999; Ingnavicius ve ark., 1999; Sayek 2004).

Abdominal distansiyon; ameliyat sonrası erken dönemde, hastaların mide ve ba ırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu geni lemeye ba lı olarak geli ir. Abdominal distansiyon, ortopedi, üroloji, torask ameliyatları ile abdominal-pelvik bölgedeki organ ameliyatlarından sonra erken dönemde görülmektedir (Smith, 1985; Miedeme ve Johnson, 2003; Story ve Chamberlain 2009). Abdominal distansiyonun geli mesine neden olan faktörler arasında; stres tepkisi, genel anestezi, abdominal bölgeye yapılan cerrahi giri im, travma ve narkotik analjezik kullanımı yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında ba ırsakların elle tutulması distansiyon olu umuna neden olmaktadır (Brenner, 1999; Erdil ve Özhan-Elba , 2001; Smith, 1985).

Ameliyattan sonra gastrointestinal sistem peristaltizmi geçici olarak zayıflar, özellikle abdominal ve pelvik ameliyatlar sonrası peristaltizmde 24 saat veya daha uzun süreli bir azalma olur. (Sayek, 2004; Forren, 2010). Ameliyattan sonra meydana gelen abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, parolitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi daha ciddi komplikasyonların bir belirtisi olabilir. Bu nedenle bu durumun mutlaka hekime bildirilmesi gerekmektedir (Bates ve DiMauro, 1997).

Hastalar abdominal distansiyon nedeniyle fizyolojik ve psikolojik sorunlar ya amaktadırlar. Bu sorunlar arasında özellikle huzursuzluk, abdominal bölgede dolgunluk hissi, kramp ekinde gaz a rısı, ba ta solunum olmak üzere hayati bulgularda de i iklikler yer almaktadır (Bates ve Di Mauro, 1997; McConnell, 1980; Nichols, 1986; Smith, 1985; Özbayır, 1988). Cerrahi hem ireli inde hasta bakımının önemli bir bölümünü, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi alır. Yapılan bir çalı mada; ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım ile komplikasyonların ve beraberinde getirdi i sorunların büyük ölçüde azaltılmasının mümkün oldu u belirtilmi tir (Yılmaz, 2002).

Abdominal distansiyonun azaltılmasına yönelik hem irelik giri imleri arasında; ameliyat öncesi hasta e itimi, a rı kontrolü, ameliyat sonrası dönemde erken aya a kaldırma ve erken dönemde a ız yoluyla beslenmenin sa lanması yer almaktadır. Erken aya a kaldırma, kas tonüsünün ve gastrointestinal motilitenin artmasını sa lar (Forren, 2010).

Ameliyat öncesi hasta e itimi hastanın anksiyetesini azaltıp a rı kontrolüne yardım eder (Bates ve DiMauro, 1997; Karayurt, 1997). Abdominal distansiyon,



özellikle batin ameliyatlarından sonra sık karın ağrısı ve hastaların sıkıntı ya da rahatsızlığı bir durum olmasına rağmen bu konuda hastaların yeterince bilgilendirilmediği bilinmektedir (Markey ve Brown, 2002; Miedeme ve Johnson, 2003).

Ameliyat sonrası dönemde hekim istemi doğrultusunda hastaların erken dönemde ağrıya kaldırılması ve oral beslenmenin sağlanması abdominal distansiyon oluşumunun engellenmesinde önemli hemirelik girişimlerindedir.

Ülkemizde hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik incelemeler olmakla birlikte, hastaların deneyimlerini belirlemeye yönelik bir çalışmaya bulunamadı. Bu araştırma, hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini saptamak amacıyla yapıldı.

## YÖNTEM

### ***Araştırmanın Tipi ve Yeri***

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Zonguldak ilinde bulunan bir hastanede yapıldı.

### ***Araştırmanın Örnekleme***

Araştırmanın örneklemini, hastanenin genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin cerrahi, kulak burun boğaz, göz, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan genel anestezi altında ameliyat olmuş bireyler arasında tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 384 hasta oluşturdu.

### ***Veri Toplama Aracı***

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu kullanıldı (Ng ve Smith, 2002; Erdil ve Özhan-Elba, 2001; Macmillan ve ark., 2000; Disbrow ve ark., 1983; Smith, 1985). Anket formu 36 sorudan oluştu. Anket formunda beş soru anesteziye ilişkin olup hastanın tıbbi kayıtlarından elde edildi. Ayrıca sosyodemografik özelliklere yönelik beş soru yer aldı.

Hastalara uygulanacak soru kâğıdının ilerli kontrol etmek amacıyla, soru kâğıdı bir hastanenin cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Beyin Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Kadın Hastalıkları ve Doğum) yatan 30 hastaya uygulandı. Anket formunun uygulanmasında hastalar tarafından anlaşılır olması nedeniyle herhangi bir düzeltme yapılmadı. Ön uygulamada görüşme yapılan hastalar örnekleme dâhil edildi.

### ***Veri Toplama Aracının Uygulanması***

Araştırmacı, "ameliyat olacak hastalar listesinden" belirlediği hastaların ameliyatlarını takiben gaz çıkışı sonrası yüz yüze görüşme soru kâğıdını uygulandı. Görüşme bittikten sonra araştırmacı soru kâğıdında yer alan bazı soruları hastaların dosyasından elde etti. Hastalar ile yapılan görüşme hasta odasında yapıldı ve ortalama 15-20 dakika sürdü.

### ***Verilerin Değerlendirilmesi***

Araştırmada yer alan veriler bilgisayar ortamında SPSS Windows 11.0 (Statistical Packet for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirildi.

olu turuldu ve tablola tırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare önemlilik testleri uygulandı (Sümbülo lu ve Sümbülo lu, 2000; Aksayan ve ark., 2002).

## BULGULAR ve TARTI MA

Hastaların %70.1'inin kadın, %54.2'sinin 36-64 ya grubunda, %76.0'inin ilkö retim ve altı e itim düzeyinde, %99.0'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Ara tırma kapsamına alınan hastaların %63.5'inin sürekli ilaç kullanmadığı, %70.3'ünün en az bir kez hastanede yatması, %51.8'inin genel anestezi altında ameliyat geçirmediği ve %96.1'inin kendisine yardımcı olabilecek yakını olduğu saptandı. Hastaların ya ortalamasını 41.5 olarak belirlendi.

**Tablo 1:** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Abdominal Distansiyon Oluşma Durumu (N:384)

Tanıtıcı Özellikler	Abdominal Distansiyon				statistiksel Analiz
	Oluşan (n:164, %42.7)		Oluşmayan (n:220, %57.3)		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	138	84.1	131	59.5	p<0.05
Erkek	26	15.9	89	40.5	
<b>Ya</b>					
18-35 ya	60	36.6	78	35.4	p>0.05
36-64 ya	81	49.4	126	57.3	
65 ve üst	23	14.0	16	7.3	
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	20	12.2	56	25.5	p<0.05
Çalışmıyor	144	87.8	164	74.5	
<b>Eğitim Durumu</b>					
İlkö retim ve altı	125	76.2	167	75.9	p>0.05
Ortaö retim ve üzeri	39	23.8	53	24.1	
<b>Sürekli ilaç Kullanımı</b>					
Kullanan*	69	42.1	71	32.3	p>0.05
Kullanmayan	95	57.9	149	67.7	
<b>Buldukları Klinik</b>					
Genel cerrahi	36	22.0	60	27.3	p<0.05
Kadın hastalıkları ve doğum	84	51.2	10	4.5	
Ortopedi	22	13.4	21	9.6	
Beyin cerrahi	12	7.3	35	15.9	
Üroloji	10	6.1	42	19.1	
K.B.B.-Göz	0	0.0	52	23.6	
<b>Daha Önce Hastanede Yatma Durumu</b>					
Hiç	37	22.6	77	35.0	p≤0.05
1 kez	76	46.3	101	45.9	
2 kez ve üst	51	31.1	42	19.1	
<b>Daha Önce Genel Anestezi Alma Durumu</b>					
Alan	85	51.8	91	41.4	p>0.05
Almayan	79	48.2	129	58.6	
<b>Toplam</b>	<b>164</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre abdominal distansiyon olumu Tablo 1'de yer almaktadır. Ameliyat olan hastaların cinsiyetine, çalıştığı ma durumuna, daha önce hastanede yatma durumuna ve buldukları kliniğe göre abdominal distansiyon oluması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Kadınlarda, çalışılan mayanlarda ve abdominal cerrahinin daha fazla uygulandığı genel cerrahi, kadın hastalıkları ve do um kliniğinde tedavi gören hastalarda abdominal distansiyon olumu daha fazla görüldü.

**Tablo 2:** Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Faktörlere Göre Abdominal Distansiyon Olumu Durumu (N:384)

Abdominal Distansiyon Olumu Etkileyen Faktörler	ABDOMİNAL DİSTANSİYON				statistiksel Analiz
	Oluşan (n:164)		Oluşmayan (n:220)		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Ameliyat Öncesi Dönemde G S Üzerine Etkili İlaç Kullanımı</b>					
Kullanan	7	4.3	1	0.5	p>0.05
Kullanmayan	157	95.7	219	99.5	
<b>Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirilme</b>					
Bilgilendirildi	47	28.7	117	24.5	p>0.05
Bilgilendirilmedi	117	71.3	166	75.5	
<b>Ameliyat Öncesi Dönemde Bağırsak Boşaltımı</b>					
Yapılmadı	75	45.7	204	92.7	p<0.05
Lavman yapıldı	35	21.4	5	2.3	
Laksatif verildi	54	32.9	11	5.0	
<b>Ameliyat Öncesi Dönemde Aç Kalma Süresi</b>					
8-10 saat	69	42.1	114	51.1	p>0.05
11 saat ↑	95	57.9	106	48.2	
<b>Ameliyat tipi</b>					
Abdominal cerrahi	117	71.3	38	17.3	p<0.05
Diğer	47	28.7	182	82.7	
<b>Anestezi Süresi</b>					
60 dakika	89	55.3	118	53.6	p>0.05
61-180 dakika	73	44.5	99	45.0	
181 dakika ↑	2	1.2	3	1.4	
<b>Ameliyat Sonrası Dönemde G S Üzerine Etkili İlaç Kullanımı</b>					
Kullanan*	90	9	26	11.8	p<0.05
Kullanmayan	74	1	194	88.2	
<b>Ameliyat Sonrası Dönemde Egzersiz Yapma Durumu</b>					
Yapmayan	133	81.9	200	0.9	p>0.05
Yapan	31	18.1	20	0.1	
<b>Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ayağa Kalkma Süresi</b>					
İlk 8 saat	9	5.5	61	27.7	p<0.05
9-24 saat	117	71.3	130	59.1	
25-48 saat	16	9.8	12	5.5	
49 saat ve↑	22	13.4	17	7.7	

<b>Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Beslenmeye Başlama Süresi</b>					
İlk 8 saat	29	17.7	82	37.3	p<0.05
9-24 saat	68	41.5	75	34.1	
25 saat ve ↑	67	40.8	63	28.6	
<b>Ameliyat Sonrası Dönemde İlk Ağız Yoluyla Alınan Besin</b>					
Su	64	39.0	92	41.8	p>0.05
Sıcak sıvılar	58	35.4	95	43.2	
Soyuk sıvılar	38	23.2	26	11.8	
Diğer***	4	2.4	7	3.2	
<b>Ameliyat sonrası Dönemde Gaz Çıkarma Süresi</b>					
İlk 12 saat	34	20.7	160	72.7	p<0.05
13 saat ve ↑	130	79.3	60	27.3	
<b>Toplam</b>	<b>164</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	

Hastaların ameliyattan sonra gaz çıkarma süreleri ortalama 21,8 saat olup; en kısa 2 saat, en uzun 144 saattir. Ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bağırsak boşaltımı, ameliyat tipi, ameliyat sonrası dönemde GS üzerine etkili ilaç kullanma, ilk ağız yoluyla beslenmeye başlama süresi, ilk ağız kalkan süresi ve gaz çıkarma süresine göre abdominal distansiyon olumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Abdominal distansiyon olumunda bu anlamlı farkı; bağırsak boşaltımı yapılmayan, abdominal cerrahi geçiren, GS üzerine etkili ilaç kullanan, ameliyat sonrası dönemde 9-24 saat arasında ilk kez ağız kalkan ve 13 saat ve üzerinde sürede gaz çıkışı olan hastalar olmaktadır.

Disbrow ve arkadaşları (1983) gastrointestinal motilitenin değerlendirilmesinde; ilk gaz çıkarma saatinin, bağırsak seslerinden daha güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Waldhausen ve Schirmer (1990)'ın abdominal cerrahi geçiren 34 hastayı kapsayan çalışmasında, ameliyat sonrası erken ağız kalkanının ileusa etkisini incelemek ve ameliyat sonrası dönemde erken ağız kalkanının ileusun çözülmesinde etkili olduğunu saptamıştır. Daniese ve arkadaşları (2004) sıklıkla bireylerde orta derecede aktivite ve dinlenmenin intestinal gaz retansiyonuna etkisini incelemişler; orta düzeyde fiziksel aktivitenin gaz retansiyonunu azalttığını saptamışlardır. Sıklıkla bireylerde yapılan bu çalışma fiziksel aktivite ile gaz retansiyonu arasındaki ilişki açısından önemlidir, bu nedenle ameliyat sonrası dönemde egzersizler ve hastanın erken ağız kalkanının kaldırılması önemlidir. Çalışmamızda geç dönemde ağız kalkan hastalarda abdominal distansiyon geliştiği saptandı.

Subağzının yapımı olduğu çalışmada (2004); laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar iki gruba ayrıldı, planlı derin solunum ve öksürük egzersizi verilen grupta ameliyat sonrası dönemde gaz çıkışının etkinliği verilmeyen gruba göre daha erken dönemde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise, derin solunum, öksürük ve yatak içi egzersiz yapma ile abdominal distansiyon görülme durumu arasında bir ilişki saptanmadı.

Kramer ve arkadaşları (1996) sezeryan yapılan 318 hastada erken beslenme ile ileus görülme durumu arasındaki farkı incelemişler; erken beslenmenin sezeryan sonrası gastrointestinal semptom ve ileus görülme durumuna etki etmediğini saptamışlardır. Steed ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise majör abdominal jinekolojik cerrahi uygulanan 96 hastada erken dönemde beslenmenin hastanede kalış süresi ve etkileri (ileus vb. komplikasyonların görülme durumu) değerlendirilmiş, erken dönemde ağız yoluyla beslenen hastalarda hastanede kalış süresinin kısaldığı ve komplikasyon görülme oranının azaldığı saptanmıştır. Literatürde ameliyat sonrası dönemde, sıcak içeceklerin soğuk içeceklere göre peristaltizmi daha kısa sürede başlattığını belirtilmektedir (Bates ve Di Mauro 1997). Çalışmamızda ise sıcak ve soğuk içecekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Ameliyat sonrası dönemde, hastaların %69.8'i ilaç kullanmamış, %86.7'si derin solunum-öksürük ve yatak içi egzersizlerini yapmamış, %64.3'ü 9 ile 24 saat arasında ilk kez ayağa kalkmış, %37.2'si 9 ile 24 saat arasında ilk kez ağız yoluyla beslenmeye başlamış ve %40.6'sı ilk besin maddesi olarak su almıştır.

Disbrow ve arkadaşlarının (1983) yaptığı olduğu bir çalışmada; ameliyat öncesi dönemde bir gruba bilgi verilmiş, diğer gruba ise herhangi bir bilgi verilmemiştir. Abdominal cerrahi öncesi 5 dakika süre ile bilgilendirilen grupta ilk gaz çıkarma saati ortalama 62.1 iken, bilgilendirilmeyen grupta ise ortalama 100.1 bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Le Blanc- Lauvry ve ark. (2002) kolektomi sonrası abdominal masajın ileusun süresine etkisini değerlendirdikleri çalışmada; 50 hasta iki gruba ayrılmış, abdominal masaj uygulanan grupta ileus süresinin, ağrı puanlarının, analjezik kullanım dozlarının ve ilk gaz çıkarma sürelerinin azaldığı saptanmıştır.

Çilingir ve Bayraktar'ın (2004) çalışmasında gününbirlik cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası birinci günde %11.3'ünün, ikinci gün %2.2'sinin, üçüncü gün %1.3'ünün gaz çıkarmama sorunu olduğu ve bu soruna yönelik olarak hastaların %55.6'sının sulu gıdalar aldığını, %44.4'ünün hiçbir şey yapmadığını saptamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilme durumuna, aç kalma süresine, anestezi süresine, ameliyat sonrası dönemde egzersiz yapma durumuna ve ağız yoluyla alınan ilk besin maddesine göre abdominal distansiyon olma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Genel anestezi altında ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; abdominal cerrahi geçiren, ameliyat sonrası dönemde ilk oral beslenme ve ayağa kalkma süresi uzun olan hastaların abdominal distansiyon deneyimlediği saptandı.

- Ara tırmadan elde edilen sonuçlar do rultusunda a a ıdaki önerilerde bulunulmu tur.
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların ameliyat sonrası egzersizlerin ö retilmesi ve erken aya a kalma konusunda bilgilendirilmesi,
- Hastaların ameliyat sonrası erken dönemde aya a kaldırılması ve erken dönemde oral beslenmeye geçilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde hastaların abdominal distansiyona ve bunun azaltılmasına yönelik e itim verilmesi ve bu amaçla kitapçık, bro ür gibi görsel e itim araçlarının geli tirilmesidir.

## KAYNAKLAR

- Aksayan S ve ark. (2002). Hem irelikte Ara tırma lke Süreç ve Yöntemleri, Hem irelikte Ara tırma ve Geli tirme Derne i Yayınları, stanbul.
- Bates F, G, Di Mauro N. (1997). Mason's Basic Medical Surgical Nursing, 6. Baskı, Mc Grow-Hill Companies, 137.
- Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. (2008) Early versus delayed (traditional) oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynecologic surgery. *Evidence Based Nursing*, 11 (2):56.
- Çilingir D, Bayraktar N. (2004). Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Ya adı ı Güçlükler Ve Bilgi Gereksinimi, Yayınlanmı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Daniese R, Sera, J, Aspiroz F, Malagelada J-R. (2004). Effects of physical activity on intestinal gas transit and evacuation in healthy subjects, *The American Journal of Medicine*, 116.
- Disbrow AE, Bennett LH, Owings TJ. (1983). Effect of postoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility, *The Western Journal of Medicine*, 158 (5).
- Erdil F, Özhan-Elba N. (2001). Cerrahi Hastalıklar Hem ireli i, Geni letimli IV Baskı, Aydo du Ofset, Ankara.
- Forren JO (2010). Postoperative patient care and pain management. *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (Ed: Rothrock JC.) 14. Baskı, Elsevier, USA. s:267- 293.
- Gong G (2004). Relief of postoperative gas pain, *American Journal of Nursing*, 104 (2), 72.
- Guarner F, Malagelada RJ. (2003). Gut flora in health and disease, *Lancet*, 361, S: 512-519.
- Ingnatavicius,DD, Workman LM, Misher AM. (1999). *Medical-Surgical Nursing Across The Health Care Continium*, 3. Baskı, W.B. Saunders Comp. (hata)
- Kramer LR, Vansomeren KJ, Qualls RC, Curet BL. (1996). Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of ileus, *Obstetrics & Gynecology*, 88 (1), S:29-32.
- Le Blanc-Louvry I, Costaglioli B, Baulon C, Leroi M, Ducrotte P. (2002). Does mechanical massage of the abdominal wall after colectomy reduce postoperative pain and shorten the duration ileus? Results of a randomized study, *The Journal of Gastrointestinal Surgery*, 6 (1), S 43-49.
- Macmillan S, Kammerer-Doak D, Rogers GR, Parker MK. (2000). Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery, *Obstetrics and Gynecology*, 96 (4), 604-608.
- Madl C, Druml W. (2003). Systemic consequences of ileus, *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 17 (3), 445-456.
- Markey WD, Brown JR. (2002) An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical-surgical patient, *Journal of Nursing Care Quality*, 16 (4), 1-12.
- Miedeme BW, Johnson OJ. (2003). Methods for decreasing postoperative gut motility, *The Lancet*, 4, 365-372.
- Ng A, Smith G. (2002). Anesthesia and gastrointestinal tract, *Journal Of Anesthesia*, 16, 51-64.
- Sayek (2004). *Temel Cerrahi Güne Kitabevi*, Ankara.
- Schilder MJ, Hurteau AJ, Look YK, ve ark. (1997). A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal gynecologic surgery, *Gynecologic Oncology*, 67, 235-240.
- Smith EC (1985). Detecting acute abdominal distention. *Nursing*, 15 (9), S 34-39.

- Steed LH, Capstick V, Flood C, ve ark. (2002). A randomized controlled trial of early versus 'traditional' postoperative oral intake after major abdominal gynecologic surgery, *Am. Journal Of Obstetrics Gynecology*, 186 (5).
- Suba ır-Ça lar S, Cihan A. (2004). Laparoskopik Kolesistektomi Operasyonu Geçiren Hastalarda Solunum E itiminin Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi, Yayınlanmı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Story SK, Chamberlain RS. (2009) A comprehensive review of evidence- based staregies to prevent anf treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26:265- 275.
- Sümbülo lu K, Sümbülo lu V. (2000). Biyoistatistik, 10. Baskı, Hatipo lu Yayınları, Ankara.
- Tramer MR. (2003). Treatment of postoperative nause and vomiting, *British Medical Journal*, 327 (7418), S 762-764.
- Waldhausen THJ, Schirmer DB. (1990). The effect of ambulation on recovery from postoperative ileus. *Ann. Surgery*, 212 (6), S 671-677.
- Yılmaz M (2002). Ameliyat öncesi ö retimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi, *Hem irelikte Ara tırma Dergisi*, 4 (1), 40-51





## AMEL YATHANE HEMİRELERİNİN CERRAHİ EL YIKAMA UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF SURGICAL HAND WASHING PRACTICES OF OPERATING ROOM NURSES

Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ Ar.Gör. Nurten TAŞDEMİR

Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemireliği Anabilim Dalı,

#### ÖZET

**Amaç:** Ameliyathanelerde cerrahi el yıkama zorunlu bir işlem olmasına rağmen evrensel olarak uygulanan standart bir el yıkama tekniği bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı ameliyathane hemirelerinin cerrahi el yıkama uygulamalarının belirlenmesidir.

**Gereç Yöntem:** Bu çalışma 04- 08 Eylül 2007 tarihleri arasında Gaziantep'te yapılan Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemireliği Kongresi' Cerrahi El Yıkama Kursu'nda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18 il ve 35 farklı hastaneden katılan 96 ameliyathane hemiresi oluşturmuştur. Kursta katılan hemirelerin tümü sorularını doldurmuşlardır. Veriler 6 açık soru ve 19 çoktan seçmeli toplam 25 sorunun yer aldığı sorular aracılığı ile toplanmış ve SPSS 11.0 programı kullanılarak sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

**Bulgular:** Hemirelerin %45.8'i cerrahi el yıkamaya yönelik hizmet içi eğitim almadığını, %53.1'i el yıkaması sırasında fırça kullandığını, %69.7'si el yıkamasında povidone-iodine kullandıklarını ve %95.8'i cerrahi el yıkama süresinin 2- 6 dakika olduğunu belirtmişlerdir.

**Sonuç:** Cerrahi el yıkamasına ilişkin uygulamaların literatürle uyumlu olmakla birlikte; kullanılan antiseptik, yıkama yöntemi ve süresi açısından bireysel ve kurumsal farklılıklar olduğu görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Cerrahi el yıkama, ameliyathane, hemirelik

#### ABSTRACT

**Objectives:** Although surgical hand washing is an imperative procedure in operating room, there is no a standard surgical hand washing technique applied universally. The aim of this study was to determine the surgical hand washing practices of operating room nurses.

**Methods:** The study was performed during the hand washing course of Turkish Surgical and Operating Room Nursing Congress, 04- 08 September Gaziantep, Turkey. The sample consisted of 96 operating room nurses from 18 city and 35 different hospitals. All the nurses (96) attended the session completed the questionnaire. The data were collected using a questionnaire consists of 6 open-ended and 19 multi-choices totally 25 questions and were presented number and percentage using SPSS 11.0.

**Results:** Of the nurses 45.8 % stated that they had not received in-service education related to surgical hand washing, 53.1 % stated that they used brush for hand washing, 69.7% stated that they used povidone-iodine for hand washing and 95.8% stated that the duration of hand washing were 2-6 minutes.

**Conclusion:** *It has been determined that although surgical hand washing practices are in accordance with literature, there are some differences individual and organizational about antiseptic, washing method and time.*

**Key Words:** *Surgical hand washing, operating room, nursing*

## G R

Ameliyathanelerde enfeksiyonlar ço unlukla ameliyathane çalı anlarının ta ıdı ı bakterilerden kaynaklanmaktadır (Thurston, 2004). Deri cerrahi ortamlarda mikrobiyal kontaminasyonun en önemli kaynaklarından biridir ve mikroorganizmalar sa lık çalı anlarının ellerinden kolayca yayılabilir (Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), 2004; Khan ve ark.2003). Cerrahi el yıkama; scrub ekip üyelerinin ameliyat öncesi dönemde steril giysileri ve eldiveni giymeden önce el florasındaki geçici bakterileri uzakla tırmak ve kalıcı bakterileri azaltmak amacı ile antiseptik bir ajan kullanarak elleri yıkaması ya da ovalamasıdır (AORN, 2004; Kampf ve ark. 2005; Khan ve ark., 2003; Ogg ve Petersen 2007; Tavolacci ve ark., 2006). Cerrahi el yıkamanın amaçları a a ıda yer almaktadır (Kampf ve ark., 2005; Khan ve ark., 2003; Ogg ve Petersen 2007; Tavolacci ve ark., 2006).

- Tırnaklar, eller ve ön koldan debris ve geçici mikroorganizmaları uzakla tırmak.
- Kalıcı mikroorganizma sayısını en aza indirmek.
- Mikroorganizmaların hızlı üremelerini baskılamaktır (Anderson-Manz, 2004; AORN, 2004; Khan ve ark., 2003; Mangram ve ark. 1999).

Cerrahi yara kontaminasyonunu önlemek amacı ile steril cerrahi eldivenler kullanılmaktadır. Ancak eldivenler bakterileri geçirebilir (Parienti ve ark., 2002), kullanımları esnasında yırtılabilir (Boyce ve Pittet, 2002; Parienti ve ark., 2002) ya da üzerinde gözle görülemeyecek kadar küçük delinmeler olabilir. Cerrahi eldivenlerin altında olu an nemli ortamlar nedeniyle mikroorganizmalar ço alabilir ve bu mikroorganizmalar buradan hastaya geçebilir (AORN 2004; Cheng ve ark. 2001; Khan ve ark., 2003; Parienti ve ark., 2002). Bu nedenle cerrahi el yıkamanın etkili bir ekilde yapılması çok ön

emlidir (Parienti ve ark., 2002).

Cerrahi el yıkama günümüzde, bir antiseptik solüsyonla ellerin yıkanması ya da alkol bazlı solüsyonla ellerin ovalanması olmak üzere iki ekilde uygulanmaktadır (AORN 2004; Berman 2004; Bryce, Spence ve Roberts 2001; Khan ve ark., 2003). Antiseptik bir solüsyon ile ellerin yıkanması yöntemi fırça kullanılarak ya da fırça kullanmadan yapılmaktadır. Ancak fırçalar el üzerinde tahri i arttırdı ı için cilt hücrelerinin daha fazla dökülmesine yol açmakta, gram-negatif bakterileri ve *Candida* sayısını artırabilmektedir (AORN 2004; Hsieh ve ark. 2005; Lung ve ark. 2004). Yapılan çalı malar fırça kullanılmadı ında da ellerdeki bakteri sayısının yeterince azaldı ını buna kar ın yara enfeksiyonu oranında bir artı ı olmadı ını göstermi tir (AORN, 2004; Berman, 2004). Bu nedenle son yıllarda fırçaların kullanımı tartı malı olup antiseptik solüsyon ile cerrahi el yıkama fırça kullanmadan da gerçekle tirilebilmektedir (AORN 2004; Berman, 2004; Bryce ve ark., 2001; Khan ve ark., 2003; Lung ve ark., 2004).

Amerika’da bulunan Ameliyathane Hemireleri Birliği’nin belirttiğine göre cerrahi el antisepsisi malzemelerini üreten bazı firmalar cerrahi el antisepsisinde fırça kullanılması yerine yumuşak bir sünger kullanılmasını önermektedir (AORN, 2004).

Cerrahi el yıkamada kullanılan ikinci yöntem alkol bazlı el ürünleri ile ellerin kuruyuncaya kadar ovalanmasıdır (AORN, 2004). Alkol bazlı ürünlerin ellerde tahriş yapma olasılığı fırça kullanımına göre daha azdır (Tavolacci ve ark., 2006). AORN her iki yöntemde de önceden ellerin su ve sabun ile yıkanmasını ve mutlaka tırnakların altına bir tırnak temizleyicisi ile temizlenmesini önermektedir (AORN, 2004).

Cerrahi el yıkamasında kullanılan antiseptiklerin özellikleri de önemlidir. Cerrahi el antiseptikleri mikroorganizma sayısını önemli miktarda azaltmalı, hızlı etkili, geniş spektrumlu ve kalıcı etkiye sahip olmalıdır. Buna karşın tahriş edici özellikte olmamalıdır. Cerrahi el antisepsisinde %2-4'lük klorheksidin glukonat %7.5'lük povidone iodine, %60-80'lik etanol ya da isopropanol alkol kullanılmaktadır (AORN 2004; Boyce ve Pittet, 2002; Bryce ve ark., 2001; Cheng ve ark., 2001, Woodhead ve ark., 2002). Yapılan çalışmalar cerrahi el antisepsisinde kullanılan alkol bazlı ürünlerin eldeki mikrobiyal sayıyı azaltmada %7.5'lik povidone iodine ya da %4'lük chlorhexidine kadar etkili olduğunu göstermiştir (AORN, 2004; Bryce ve ark., 2001; Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ark., 2006; Kampf ve ark., 2005; Parienti ve ark., 2002; Tavolacci ve ark., 2006).

Cerrahi el yıkama süresi de enfeksiyon kontrolü açısından önemlidir. Cerrahi yara enfeksiyonlarının önlenmesi açısından cerrahi el yıkama süresinin 5 dakika olması ile 10 dakika olması arasında fark olmadığını belirtmektedir (Kaymakçı ve Demir, 2004; Lung ve ark., 2004). Avrupa ve Avustralya’da yapılan çalışmalar ise belirli ürünler kullanıldığında 3 ve 4 dakika süresince el yıkamanın 5 dakika kadar etkili olduğunu göstermiştir. El yıkama süresinin kısa olmasının ellerde daha az travma yaratması, su tüketiminin azaltılması ve daha kısa zaman harcanması gibi avantajları vardır (AORN, 2004; Jones ve ark. 2000; Larson ve ark., 2001). Bu nedenle her kurumun son gelişmeleri göz önünde bulundurarak, üretici firmanın ürün kullanma talimatları doğrultusunda, cerrahi el yıkamaya ilişkin kendi yazılı standart protokollerini geliştirmesi önerilmektedir (AORN, 2004).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde el yıkama en önemli faktördür (Allen, 2005). Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi) tarafından yayınlanan rehberlere uyduğunda hastane enfeksiyonlarının üçte bir oranında azaltılabileceğini göstermiştir (Creedon, 2005).

Literatür incelendiğinde cerrahi el yıkamaya ilişkin yayınların genellikle; el yıkamanın önemi, cerrahi el yıkama yöntemleri, el yıkama etkinliğinin ve sağlık çalışanlarının el yıkama rehberlerine uyumu konusunda olduğunu görülmektedir. Ameliyathaneden kaynaklanabilecek cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde cerrahi el yıkama önemli bir yer tutmaktadır. Buna rağmen solüsyon seçimi, yıkama süresi ve yıkama tekniği konusunda bir standart bulunmamaktadır. Cerrahi el yıkama uygulaması ülkelere/sağlık kuruluşlarına göre farklılıklar göstermektedir (Aksoy ve ark., 2005). Ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla

birlikte, son yıllarda fırçasız el yıkama, alkol bazlı solüsyon kullanma, el yıkama süresinin azalması gibi pek çok de ğerlik uygulama gündeme gelmi tir (Aksoy ve ark., 2005; Berman, 2004; Larson ve ark., 2001; Parienti ve ark., 2002; Tavolacci ve ark., 2006). Tüm bu geli melerin ölkemizdeki uygulamalara yansımalarının saptanmasının bundaki sonraki çalı malara ı ik tutaca ı dü ünölmektedir. Bu ara tırma ameliyathane hem irelerinin cerrahi el yıkamaya yönelik uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmı tir.

## YÖNTEM

### ***Ara tırmanın Tipi ve Yeri***

Tanımlayıcı tipte olan bu ara tırma 04- 08 Eylül 2007 tarihleri arasında Gaziantep'te yapılan Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi içinde yer alan Cerrahi El Yıkama Kursu'nda yapılmı tir.

### ***Ara tırmanın Örneklemi***

Ara tırmanın örneklemini Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi (04-08 Eylül 2007 Gaziantep, Türkiye), Cerrahi El Yıkama Kursu'na katılan on sekiz ayrı ilden ve 35 hastanede çalı an 96 ameliyathane hem ireleri olu turmu tur. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamı , kursa katılan hem irelerin tamamı (96) soru ka ıdını doldurmu lardır. Kursun ba ında katılımcılara ara tırmanın amacı anlatılmı , kendilerinin ve kurumlarının isimlerinin açıklanmayaca ı belirtilmi ve soru formu da ıtılmı tir.

### ***Veri Toplama Aracı***

Ara tırma verileri ara tırmacılar tarafından literatür do rultusunda olu turulan soru ka ıdı aracılı ı ile toplanmı tir. Soru ka ıdı olu turulduktan sonra iki ameliyathane hem ireleri üzerinde ön uygulaması yapılmı tir. Ön uygulama sonrasında soru ka ıdına bir soru daha eklenmi tir. Soru ka ıdında ameliyathane hem irelerinin cerrahi el antisepsisi uygulamalarını belirlemeye yönelik altı açık uçlu ve 19 çoktan seçmeli olmak üzere toplam 25 soru ile el kurulu unun seviyesini belirlemeye yarayan bir çizelge yer almaktadır. "Ellerinizde kuruluk hissediyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını veren hem irelerden ellerinde hissettikleri kurulu un derecesini soru ka ıdında bulunan çizelge üzerinde göstermeleri istenmi tir. Bu çizelge 1 ile 10 arasında puanı olan 10 cm uzunlu unda dü z bir çizgi eklindedir ve görsel olarak hem irelerin ellerinin genel kuruluk derecesinin belirlenmesi için kullanılmı tir. 1= normal nemli, 10 çok fazla kuruyu temsil etmektedir (Larson ve ark., 2001).

### ***Veri Toplama Aracının Uygulanması***

Soru ka ıdı ara tırmaya katılmaya gönüllü olan hem irelere sınıf ortamında da ıtılmı ve daha sonra toplanmı tir. Soru ka ıdının yanıtlanma süresi ortalama 15 dakikadır.

### ***Verilerin De ğerlendirilmesi***

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.0 versiyonunda analiz edilerek, sayı ve yüzde olarak verilmi tir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ise belirli ba ılıklar altına sınıflandırılmı tir.

### Ara tırmanın Etik Yönü

Ara tırmanın uygulanması için Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Etik Komitesi'nden yazılı, kongre ba kanı ve kongre sekreterli inden sözel izin alınmıştır. Katılımcılara ara tırmanın amacı açıklanmış, kendilerinin ve çalış tı ı kurumun isimlerinin açıklanmayacağı belirtilmiştir. Ancak hem irelerden ara tırmanın hangi il ve hastaneleri kapsadığını göstermesi açısından çalış tıkları hastane ismini ve bulundu u ili belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılardan yazılı ya da sözlü onam alınmamış, soru kâ ıdını dolduran hem irelerin ara tırmaya katılmaya gönüllü oldu u dü ünülerek bu durum onam olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Ara tırmaya dâhil olan ameliyathane hem irelerinin en küçü ü 23, en büyü ü 50 ya ında olup ya ortalaması  $34.05 \pm 6.56$ 'dır. Hem irelerin ameliyathanede çalış ma süreleri en az bir en fazla 23, ortalama  $10.85 \pm 6.77$  yıldır, hem irelerin tümü kadındır.

**Tablo 1:** Ameliyathane Hem irelerinin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Ameliyathane deneyimi (yıl)</b>		
1- 5 yıl	23	23.9
6- 10 yıl	28	29.2
11- 15 yıl	19	19.8
16- 20 yıl	19	19.8
21 yıl ve üzeri	7	7.3
<b>E itim</b>		
Sa ılık Meslek Lisesi	14	14.6
Ön Lisans	52	54.1
Lisans	21	21.9
Lisansüstü (Bilim Uzmanlığı)	9	9.4
<b>Çalış ılan hastane</b>		
Üniversite Hastanesi	12	12.5
Sa ılık Bakanlığı E itim Hastanesi	17	17.7
Sa ılık Bakanlığı Devlet Hastanesi	48	50.0
Özel Hastane	19	19.8
<b>Cerrahi el yıkamaya yönelik hizmet içi e itim alma durumu</b>		
Alan	52	54.2
Almayan	44	45.8
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Ara tırmaya katılan hem irelerin %54.1'inin ön lisans mezunu oldu u, %50.5'inin Sa ılık Bakanlığı Devlet Hastanesi'nde çalış tığı, %54.2'sinin cerrahi el yıkama ile ilgili hizmet içi e itim aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2:** Cerrahi El Yıkama Uygulamalarına İliş kin Verilerin Da ılımı

Cerrahi el yıkama uygulamalarına ilişkin veriler	Sayı	Yüzde
<b>Cerrahi el yıkamaya yönelik protokol bulunma durumu</b>		
Var	65	67.7
Yok	31	32.3

<b>Protokolü geliştiren ekipler (n=65)</b>		
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	48	73.9
Cerrahi Ekip	14	21.5
Diğer	3	4.6
<b>Cerrahi el yıkama ünitesinin yeri</b>		
Ameliyat salonunun bitişi içinde	94	97.9
Ameliyat salonundan uzak	2	2.1
<b>Antiseptik çözümü seçen ekipler</b>		
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	49	51.0
Ameliyathane Ekibi	19	19.8
Cerrahlar	6	6.2
Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ameliyathane ekibi	7	7.4
Satın alma birimi/Yöneticiler	6	6.2
Diğer (Başhekim, Bilmiyor)	9	9.4

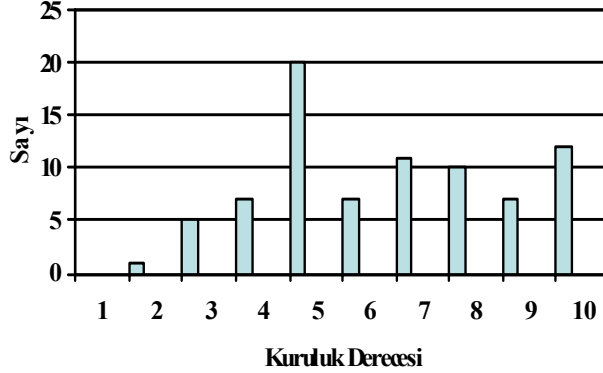
Ameliyathane hemirelerinin el yıkama uygulamalarına ilişkin bilgiler Tablo 2' de görülmektedir. Ameliyathane hemirelerinin %67.7'sinin çalıştığı kurumda cerrahi el yıkamaya ilişkin protokol olduğu, bunlardan %73.9'unda bu protokolü hastanenin enfeksiyon komitesinin hazırladığı belirtilmiştir. Hemirelerin %97.9'u el yıkama lavabolarının ameliyat salonlarının yanında olduğunu ve %51.0'ı kullanılan antiseptik çözümü enfeksiyon kontrol komitesinin seçtiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 3:** Cerrahi El Yıkama Yöntemine İlişkin Verilerin Dağılımı

<b>Cerrahi el yıkama yöntemine ilişkin veriler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>El yıkama sırasında fırça kullanıyor musunuz?</b>		
Evet	51	53.1
Hayır	45	46.9
<b>El yıkama sırasında kullanılan fırçanın türü (n:51)</b>		
Tekrar kullanılabilir	37	72.5
Tek kullanımlık	14	27.5
<b>Kullanılan antiseptik çözümü</b>		
Povidone-iodine	67	69.7
Klorheksidin glukonat	6	6.3
Alkol bazlı çözümü	2	2.1
Povidone-iodine & Klorheksidin glukonat	9	9.4
Klorheksidin glukonat & Alkol bazlı çözümü	3	3.1
Povidone-iodine & Alkol bazlı çözümü	5	5.2
Povidone-iodine ve Klorheksidin glukonat & Alkol bazlı çözümü	4	4.2
<b>Cerrahi el yıkama süresi</b>		
2-6 dakika	92	95.8
Diğer (15 saniye, 1-3 dakika, 6-10 dakika, 10 dakika)	4	4.2
<b>Günün ilk el yıkaması ile sonraki yıkamalar arasında süre farkı</b>		
Var	58	60.4
Yok	38	39.6
<b>Elinde sıyrık kesi olan hemirenin ameliyata girme durumu</b>		
Giriyor	63	65.6
Girmiyor	27	28.1
Yanıtız	6	6.3

Hemirelerin %53.1'inin cerrahi el yıkama sırasında fırça kullandığı, bunların %72.5'sinde fırçanın yeniden kullanılabilir olduğu saptanmıştır. Hemirelerin %69.7'si

el yıkamada povidone iodine kullandı ını, %95.8'i el yıkama süresinin 2- 6 dakika oldu unu, %60.4'ü günün ilk yıkaması ile sonrakiler arasında fark oldu unu belirtmi lerdir. Hem irelerin %65.6'sı ellerinde herhangi bir kesi ya da sıyrık oldu unda ameliyata girdiklerini belirtmi lerdir (Tablo 3).



**Grafik 1:** Ameliyathane Hem irelerinin Ellerdeki Kuruluk Düzeyini De erlendirmeleri (n=80)

Ameliyathane hem irelerin %89.6'sı (86 hem ire) ellerinde kuruluk hissettiklerini belirtmi lerdir (Tablo 4). Hem irelerin ellerindeki kuruluk oranı en az 2, en fazla 10 ve ortalama  $6.58 \pm 2.21$  olarak bulunmu tur (Grafik 1).

**Tablo 4:** Ameliyathane Hem irelerinin El Kurulu u ve Nemlendirici Kullanımına li kin Bilgilerinin Da ılımı (N:96)

	Sayı	Yüzde
<b>Ellerde kuruluk hissetme</b>		
Evet	86	89.6
Hayır	10	10.4
<b>El nemlendiricisi kullanma</b>		
Kullanan	69	71.9
Kullanmayan	27	28.1
<b>Nemlendirici seçimi (n:69)</b>		
Kendisi karar veriyor	61	88.4
Kurumun enfeksiyon kontrol komitesi karar veriyor	8	11.6
<b>Nemlendirici temini (n:69)</b>		
Kendisi alıyor	55	79.7
Kurum tarafından temin ediliyor	14	20.3
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Ameliyathane hem irelerinin %89.6'sı ellerinde kuruluk hissetti ini, %71.9'u ellerini nemlendirmek amacıyla losyon/krem kullandı ını, bunlardan %88.4'ü kullandıkları krem ve losyonun seçimine kendisinin karar verdi ini, %11.6'sı kurumlarının enfeksiyon kontrol komitesinin karar verdi ini belirtmi lerdir. Ameliyathane hem irelerinden sadece %20.3'ü bu krem/losyonu hastanelerinin temin etti ini belirtmi lerdir (Tablo 4).

## TARTI MA

Ara tırma sonucunda ameliyathane hem irelerinin yakla ık yarısının (%45.8) cerrahi el yıkamaya ili kin hizmet içi e itim almadı ı saptanmı tır. Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde ameliyathane çalı anlarının el yıkama uygulamalarının çok önemli oldu u bilinmektedir (AORN, 2004; Creedon, 2005; Khan ve ark., 2003). Hastane enfeksiyonlarının hastalar için çok büyük bir tehdit oldu u günümüzde el yıkamaya uyumun artması için e itim programları ve motivasyonel programlar düzenlenmekte, otomatik lavabolar gibi kolaylıklar sa lanmaktadır (Creedon, 2005). Buna kar ın ara tırmanın kapsadı ı hastanelerin yakla ık yarısında bu konu ile ilgili hizmet içi e itimin düzenlenmemi olması mesleki açıdan üzerinde durulması gereken bir konudur. Üstelik cerrahi el yıkamaya ili kin son yıllarda pek çok de ik uygulama gündeme gelmi ve bu uygulamaların yararlı oldu u ara tırmalarla desteklenmi tir (Aksoy ve ark., 2005; Berman, 2004; Larson ve ark., 2001; Parienti ve ark., 2002; Tavolacci ve ark., 2006). Tüm bu geli meleri tartı mak için hizmet içi e itim programlarının bir fırsat oldu u dü ünülmektedir.

Literatürde antisepsi sa lanan ellerde kontaminasyonun önlenmesi için el yıkama lavabolarının ameliyat salonlarının yanında, biti i inde olması gerekti i belirtilmektedir (Fogg, 1999). Bu çalı mada da hem irelerin ço unlu u el yıkama lavaboların ameliyat salonlarının yanında oldu unu belirtmi lerdir.

Cerrahi el yıkamada fırça kullanımı son dönemde sorgulanmaktadır. Fırça derinin epidermis tabakasına zarar vererek bakteriyel floranın daha alt tabakalarında kolonizasyona neden olabilmektedir (AORN, 2004; Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ark., 2006; Tanner ve ark., 2009). Günümüzde fırçaların günün sadece ilk cerrahi el yıkama uygulamalarında ve sadece tırnak altları için kullanılması önerilmektedir (Dutch Working Party, 1999, Tanner ve ark., 2009). Bizim çalı mamızda ameliyathane hem irelerinin yarısından fazlası tüm cerrahi el antisepsisi uygulamalarında fırça kullandıklarını ve fırça kullananların yarısı da fırçaların tek kullanımlık oldu unu belirtmi lerdir. Fransa'da cerrahi el antisepsisi için iki protokol bulundu u belirtilmektedir. Bunlardan bir tanesinin antiseptik solüsyon ile 5 dakika süresince ellerin fırçalanması, di eri antiseptik olmayan sabun ve su ile ellerin akan su altında 1 dakika yıkanması ve arkasından 5 dakika süresince alkol bazlı bir solüsyon ile ellerin ovalanmasıdır. Bazı Avrupa ülkelerinde alkol bazlı solüsyon ile ellerin 3 dakika ovalanması önerilmektedir (Cheng ve ark. 2001; Gupta ve ark. 2007; Lung ve ark., 2004; Parienti ve ark., 2002).

Yapılan çalı malar povidone iodine kullanıldı ında 3 dakika fırça kullanılarak el yıkamanın eller üzerindeki mikroorganizmaları azaltması açısından 5 dakika fırça ile yıkamak kadar etkili oldu unu göstermi tir (Cheng ve ark., 2001; Thurston, 2004). Bu çalı mada da hem irelerin tamamına yakını el yıkama süresinin 2-6 dakika oldu unu belirtmi lerdir (Tablo 2). Bu bulgu literatürle uyumludur (Boyce ve Pittet; 2002, Gupta ve ark., 2007; Lung ve ark., 2004; Mangram ve ark., 1999; World Health Organization (WHO), 2006).



Bazı çalı malar günün ilk el yıkaması ile sonrakiler arasında fark oldu unu göstermektedir. Kraliyet Avustralasya Cerrahları Birli i günün ilk el yıkamasını 5, sonrakileri 3 dakika olarak önermektedir (Royal Australasian College of Surgeons (RACS), 2003). Bizim çalı mamızda da hem irelerin %60.4'ü günün ilk yıkama süresi ile sonraki yıkama süreleri arasında fark oldu unu belirtmi lerdir (Tablo 3).

Cerrahi el antiseptikleri ellerdeki mikrobiyal yükü %90-99 azaltmaktadır (Cheng ve ark., 2001). Literatürde cerrahi el antiseptikleri arasında en çok %7.5'luk Povidon-iodin ve %2-4'lük klorheksidin glukonat, %60-80'lik etanol ya da isopropanol kullanıldı ı belirtilmektedir (Lung ve ark., 2004; Woodhead ve ark., 2002). Benzer ekilde bu çalı mada da en çok kullanılan solüsyonlar povidon- iodine (%69.7) ve klorheksidin glukonat (%6.3)'tir (Tablo 2). El hijyeni için kullanılan %70-80'lik alkolün bakteriyostatik etkisi uzun süreli olmadı ı için cerrahi el yıkamasında kullanılamayaca ı bilinmektedir. Bu nedenle %0.5-%1 klorheksidin içeren alkol bazlı solüsyonların en iyi seçim oldu u belirtilmektedir (AORN, 2004; Kaymakçı ve Demir, 2004; Mangram ve ark., 1999). Klorheksidin alerjisi oldu u durumlarda alternatif olarak povidone-iodine kullanılabilece i belirtilmektedir (Dutch Working Party, 1999). Larson ve arkada larının (2001) 20 ameliyathane çalı anı üzerinde gerçekle tirdikleri çalı malarında geleneksel cerrahi el yıkama (%4 klorheksidin glukonat) yöntemi ile susuz cerrahi el yıkama (%61'lik etil alkol, %1 klorheksidin glukonat ve nemlendirici) yöntemi kar ıla tırılmı tır. Çalı manın sonucunda susuz el antisepti i daha az deri irritasyonuna yol açmı ve mikrobiyal sayıyı azaltmada daha etkili, daha ucuz ve daha az zaman alıcı bulunmu tur (Larson ve ark., 2001). Yapılan çalı malar cerrahi el yıkamasında kullanılan alkol bazlı ürünlerin eldeki mikrobiyal sayıyı azaltmada %7.5'lik povidone iodine ya da %4'lük klorheksidin kadar etkili oldu unu göstermi tir (AORN 2004; Bryce ve ark., 2001, Gruendemann ve Bjerke, 2001; Hsieh ve ark., 2006; Kampf ve ark., 2005; Parienti, 2002; Tavolacci ve ark., 2006). Tüm bunlara ra men alkol bazlı el antisepti i kullanımı bu çalı mada dü ük (%2.1) bulunmu tur.

Bu çalı mada hem irelerin büyük ço unlu u el yıkamada povidone iodine kullandı nı, yarısı bu solüsyonu enfeksiyon kontrol komitesinin seçti ini belirtmi lerdir. AORN (2004) da cerrahi el antiseptisi için kullanılacak olan solüsyonun hastanenin enfeksiyon kontrol komitesi tarafından onaylanması gerekti ini ifade etmektedir.

Literatürde sa lık çalı anlarının el yıkamaya ili kin rehberlere uymamasının bir sebebi olarak da kullanılan solüsyonların cilt üzerindeki zarar verici etkileridir (Creedon, 2005). Sık sık el yıkama, fırça kullanılması, eldiven kullanılması ve kullanılan el anstisepti solüsyonlarına ba lı olarak cildin epidermal tabakasında çatlaklar, kurumalar görülebilir. Hasar görmü deri bakteri yayılımına ve buna ba lı olarak ta enfeksiyona da yol açabilir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Lung ve ark., 2004; Ogg ve Petersen, 2007). Bu nedenle deri sa lı nın sürdürülmesinde nemlendiriciler ve losyonlar önemli bir role sahiptir. Ancak el kremleri ya da losyonların seçiminin enfeksiyon kontrol komitesinin onayıyla karar verilmesi, bu tür krem ya da losyonların el antiseptisinde kullanılan antimikrobiyal solüsyon ve eldivenlerle uyumlu olmasının gerekli oldu u belirtilmektedir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Ogg ve Petersen, 2007). Piyasada

bulunan krem ya da losyonlar lateks eldivenlerin geçirgenli ini arttırabilir, klorheksidin glukonat ya da klorosaylenol gibi solüsyonların kalıcı etkisini ortadan kaldırabilir (Gruendemann ve Bjerke, 2001; Ogg ve Petersen, 2007). Bu çalı mada ameliyathane hem irelerinin tamamına yakını ellerinde kuruluk hissetti ini ve büyük ço unlu u el kremi kullandı inı belirtmi lerdir. Nemlendirici kullanan ameliyathane hem irelerinin büyük bir ço unlu unun (%88.4) bu nemlendiriciyi kendilerinin seçti i saptanmı tır. Bu durumun enfeksiyon yayılımı açısından sakıncalı olaca ı dü ünülmektedir.

### **Ara tırmanın Sınırlılı ı**

Bu ara tırma Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi (04- 08 Eylül 2007 Gaziantep, Türkiye), Cerrahi El Yıkama Kursu'na katılan hem ireler ile sınırlıdır. Bu nedenle bu ara tırmanın sonucu genellenemez.

## **SONUÇ VE ÖNER LER**

Bu ara tırmaya katılan ameliyathane hem irelerinin büyük ço unlu u literatürde önerilen iki-altı dakika cerrahi el yıkama süresine uyduklarını, antiseptik solüsyon olarak povidone-iodine kullandıklarını ve cerrahi el yıkamaya yönelik protokollerinin oldu unu belirtmi lerdir. Ameliyathane hem irelerinin el antisepsisi uygulamaları literatürle uyumlu olmakla birlikte; el yıkama yöntemi, süresi ve kullanılan solüsyon açısından bireysel ve kurumsal farklılıklar oldu u saptanmı tır. Bununla birlikte ameliyathane hem irelerinin bir kısmı cerrahi el yıkama sırasında hala fırça kullandıklarını ve el yıkamaya yönelik hizmet içi e itim almadıklarını belirtmi lerdir.

Ara tırma sonuçları do rultusunda;

Ulusal/ Uluslararası rehberler (T.C. Sa lık Bakanlığı, DSÖ, AORN, CDC gibi) do rultusunda cerrahi el yıkama protokollerinin hazırlanması ve uygulanması,

Ameliyathane hem irelerinin oryantasyon programında ve hizmet içi e itim programlarında cerrahi el yıkama uygulamasının yer alması önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

- Aksoy A, Caglayan F, Cakmak M ve ark. (2005). An investigation of the factors that effect surgical hand disinfection with polyvidone iodine. *Journal of Hospital Infection*, 61, 15- 19.
- Allen G. (2005). Hand hygiene, an essential process in the OR. *AORN Journal*, 82, 561- 562.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2004) Recommended practices for surgical hand: antiseptis/ hand scrubs. *AORN Journal*, 79(2), 416- 431.
- Berman M. (2004). One hospital's clinical evaluation of brushless scrubbing. *AORN Journal*, 79 (2), 349- 358.
- Boyce JM, Pittet D. (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 1- 45.
- Bryce EA, Spence D, Roberts FJ. (2001). An in use evaluation of an alcohol-based pre surgical hand disinfectant. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22, 635- 639.
- Cheng SM, Garcia M, Espin S, Conly J. (2001). Literature review and survey comparing surgical scrub techniques. *AORN Journal*, 74, 218- 224.
- Creedon SA. (2005). Health care workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 208- 216.
- Dutch Working Party. (1999). *Infection Prevention. Pre-operative hand disinfection*. 17.12.2003.

- Fogg D. (1999). Infection control (içinde). M.H. Meeker., J.C. Rothrock (ed). Alexander's care of the patient in surgery, 11th ed. pp. 97- 110) Mosby-Year Book Inc Comp, St Louis.
- Gardner D, Anderson-Manz E. (2004). How to perform surgical hand scrubs. Eri im tarihi: 22 Eylül 2004'de <http://www.infectioncontrolday.com/articles/151bpract.html> adresinden indirildi.
- Gruendemann BJ, Bjerke BJ. (2001). Is it time for brushless scrubbing with an alcohol- based agent. AORN Journal, 74, 859- 873.
- Gupta C, Czubytyj AM, Briski LE ve ark. (2007). Comparison of two alcohol-based surgical scrub solutions with an iodine-based scrub brush for presurgical antiseptic effectiveness in a community hospital. Journal of Hospital Infection, 65, 65- 71.
- Hsieh HF, Chiu HH, Lee FP. (2006). Surgical hand scrubs in relation to microbial counts: systematic literature review. Journal of Advanced Nursing, 55, 68- 78.
- Jones RD, Jampani J, Mulberry, G, Rizer RL. (2000). Moisturizing alcohol hand gels for surgical hand preparation. AORN Journal, 71, 584- 599.
- Kampf G, Ostermeyer C, Heeg P. (2005). Surgical hand disinfection with a propanol-based hand rub: equivalence of shorter application times. Journal of Hospital Infection, 59, 304-310.
- Kaymakçı , Demir F. (2004). Cerrahi el yıkama uygulamaları. Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 20, 79-86.
- Khan A, McLaren SG, Nelson CL. (2003). Surgical hand scrub practices in orthopaedic surgery. Clinical Orthopaedics and Related Research, 414, 65- 68.
- Larson EL, Aiello A E, Heilman JM ve ark. (2001). Comparison of different regimes for surgical hand preparation. AORN Journal, 73, 412- 432.
- Lung DC, Man JHK, Tang T ve ark.. (2004). Surgical hand washing. Annals of College of Surgeons of Hong Kong, 8, 71-75.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML ve ark. (1999). Guideline for prevention surgical site infection, National center for infectious diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia.
- Ogg M, Petersen C. (2007). Surgical hand antiseptics; hand lotions and creams; gel overlays as artificial nails; benchmarking. AORN Journal, 85, 815- 818.
- Parietti JJ, Thibon P, Heller R ve ark.. (2002). Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs. traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. JAMA, 14, 722- 727.
- Royal Australasian College of Surgeons. (1998). Policies – infection control in surgery. 24 Temmuz 2003'de <http://www.surgeons.org/about/publications/infection15.html> adresinden indirildi.
- Tanner, J., Khan, D., Walsh, S., Chernova, J., Lamont, S., Laurent, T. (2009). Brushes and picks used on nails during the surgical scrub to reduce bacteria: a randomised trial. Journal of Hospital Infection, 71, 234-238.
- Tavolacci MP, Pitrou I, Merle V ve ark. (2006). Surgical hand rubbing compared with surgical hand scrubbing: comparison efficacy and cost.. Journal of Hospital Infection, 63, 55- 59.
- Thurston A. (2004). Sacred rituals in the operating theatre: summarizing the science. Current Orthopaedics, 18, 135- 146.
- World Health Organization (2006). Guidelines on hand hygiene in healthcare (Advanced Draft). 14 Kasım 2006'da [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/ghad\\_download/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghad_download/en/index.html) adresinden indirildi.
- Woodhead K., Taylor E, Bannister G ve ark. (2002). Behaviors and rituals in the operating theatre. A report from the Hospital Infection Society Working Party on in Infection Control in the Operating Theatres. Journal of Hospital Infection, 51, 241- 255.



## HASTA ÇOCUK VE EBEVEYNLERİNDE POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

### POST TRAUMATIC STRESS DISORDER OF ILL CHILDREN AND THEIR PARENTS

Yardımcı Doç. Dr. Hatice BAL YILMAZ      Araştırma Görmüşlüğü Ayhan ERSUN

Ege Üniversitesi Hemirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemireliği

#### ÖZET

Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide travmayı hatırlatan ya da kaçınılmaz olarak uyarılardan kaçınma ve kişinin travmatik olayı rüyalar ve yeniden yaşamalar yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az 1 ay boyunca süregelen mental bir bozukluktur. Kronik bir hastalık tanısı konulması ya da akut gelişen bir olaya maruz kalınması çocuk ve ailesi üzerinde de bazı PTSB semptomlarının görülmesine yol açabilmektedir. PTSB'nun çocuk ve ebeveynlerinde erken dönemde tanılanması, sağlık hizmetlerinde çocuk ve ailesine verilen hemirelik yaklaşımının planlanmasında önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Post-travmatik stres bozukluğu, hasta çocuk, hasta çocuk ebeveyni.

#### ABSTRACT

*Post-traumatic stress disorder is a mental disorder which emerges after an important incident that causes trauma and avoidance of factors that reminds about the trauma and it is a disorder that progresses with traumatic dreams and reliving of experiences and that lasts at least one month. The diagnosis of an chronic illness or acute exposure to event may cause some symptoms of PTSB on the child and parents. Early diagnosis of PTSD for both child and the parents has an important role in nursing care plans given in health care services.*

**Key words:** Post-traumatic stress disorder, ill child, parents of ill child.

#### GİRİŞ

Travma, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 4'te "kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamaması ya da baskın bir kişinin ölümüne veya ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da fiziksel bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme veya ailesinden birinin ya da baskın bir yakının beklenmedik ölümünü veya iddiate maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kalmasını öğrenmesi ve kişinin yoğun korku, çaresizlik ya da dehşet ile tepki vermesi" olarak tanımlanmaktadır (Altaylı 2000). Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (Birol 2004). Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) ise; travma yaratan önemli bir olay sonrası ortaya çıkan ve kişide ağırlı uyarılma hali, travmayı hatırlatan ya da

ça rı tıran uyarılardan kaçınma ve ki inin travmatik olayı rüyalar ve yeniden ya amalar yoluyla yeniden deneyimleme bulguları ile seyreden ve en az bir ay boyunca süregelen mental bir bozukluktur. Ki inin ya amını ya da beden bütünlü ünü tehdit eden her türlü durum ki i üzerinde travmatik etki yaratabilmektedir. Ayrıca ba kasının ya adı ı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki olarak kabul edilmektedir ( uer 2005).

Post-travmatik stres bozuklu u yüz yılı a kın süredir de i ik durumlarda ifade edilse de, ilk olarak Vietnam sava ı sonrası gündeme gelmi tir. Vietnam gazilerinde PTSD'nun ya am boyu prevalansı erkeklerde %30, kadınlarda %26 olarak saptanmı tır (Battal, 1997). 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birli i (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 3 tanı kategorisinde tanımlanmı tır. 1994 yılında yayınlanan ve günümüze uyarılan DSM 4 tanı kategorisinde, "Akut PTSD", "Kronik PTSD" ve "Gecikmeli Ba langıçlı PTSD" alt grupları da yer almı tır. PTSD belirtileri, üç aydan daha kısa sürerse "Akut PTSD", üç aydan daha uzun sürerse "Kronik PTSD" ve stres etkeninden en az altı ay sonra ba larsa "Gecikmeli Ba langıçlı PTSD" olarak isimlendirilmektedir (American Psychiatric Association, 1994). PTSD korku, çaresizlik ya da deh et hisleriyle ortaya çıkmaktadır. DSM 4 tanı kategorisinde PTSD, ölüm, ölüm tehditi ya da ciddi bir yaralanma ile ili kili travmatik bir olayla kar ıla an bireylerde ortaya çıkan ciddi bir mental durum olarak tanımlanmaktadır. DSM 4 tanı ölçütlerinde PTSD, "yeniden ya ama", "kaçınma", "artmı uyarılabilirlik" olarak üç semptom kümesi ile açıklanmaktadır (American Psychiatric Association 1994, Taieb 2003, Ganz 2010).

### **Çocuklarda PTSD**

Kronik bir hastalık tanısı konulması ya da akut geli en olaylara maruz kalınması çocuk ve ailesi üzerinde üzüntü, anksiyete, stres ve sosyal izolasyon duygusu gibi de i ik semptomlar görülmesine yol açmaktadır. Günümüzde tıp disiplinindeki son geli melerle, kanser gibi ya amı tehdit eden ya da diyabet gibi ya am boyu izlem ve bakım gerektiren kronik bir hastalı a ya da kaza, depresyon, yanık ve sakat kalma gibi akut bir olaya maruz kalan çocukların ya am süresi uzamı ve ya am kalitesi artmı tır. Ancak ya am süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi hastalı ın ya da akut olayın getirdi i psiko-sosyal etkilere daha uzun süre maruz kalabilmektedir (Wise 2007). Hastalık ya da akut olaylardan kurtulan çocuklar ve ebeveynlerinde uzun dönem psiko-sosyal sekelleri anlamada Post-travmatik stres (PTS) modeli yardımcı olmaktadır (Kazak 2004). PTSD, çocuklar ve ailelerinin hastalık ve tedavinin uzun dönem sonuçlarını gösterebilmektedir. PTS modeli çocuk ve ailesinin klinik etkile imlerini iyile tiren önemli bir faktör olarak kar ımıza çıkmaktadır (Taieb 2003).

Çocuklarda PTSD toplumsal iddet, do al afetler ya da insanın neden oldu u felaketler, çocuk ihmal ve istismarı, trafik kazaları ve tıbbi hastalıklara maruz kalma ve ölüm gibi çe itli travmatik olayların yarattı ı darbe ve psikolojik etkileri içermektedir (Vries 1999, Laufer 2006, Caffo 2005). Çocuklarda bu konuya yönelik yapılan çalı maların sınırlı sayıda oldu u ve genellikle tıbbi hastalık tanısı almı çocukların PTSD açısından incelendi i göze çarpmaktadır (Hall 2006, Landolt 1998, Begnoche 2007, Landolt 2002, Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2004, Ahlund 2009, Rizzone 1994, Fukunishi 1998, Farley 2007, Taieb 2003, Currier 2009, Fuemmeler 2001). Kısa

süre hastanede kalan çocuk ve adölesanların basit ve a rısız tıbbi prosedürlerin üstesinden gelebildi i, ancak ciddi hastalık ve kaza durumu kompleks ya da a rılı tıbbi prosedürlere maruz kalmanın çocuklarda PTSS gibi mental hastalıkların olu umuna yol açabildi i belirtilmektedir (Landolt 1998). Ara tırmalar, ya amı tehdit eden akut olaylara ya da kronik hastalıklara sahip çocukların PTSS açısından risk altında oldu unu ve PTSS'nun çocukların duygusal, bili sel ve intra-psi ik yapı geli imini olumsuz etkiledi ini ve olumlu insan ili kilerinin geli mesine zarar verebildi ini belirtmektedir (Hall 2006, Landolt 1998, Begnoche 2007, Motavallı 1997).

Travmanın iddeti, travma esnası ve sonrası anksiyete düzeyi, tedavi yo unlu u, aile i levlerine ili kin etmenler ve çocu un geli imsel düzeyinin çocuklarda PTSS'nun ortaya çıkı nda ve sürmesinde etkili oldu u belirtilmektedir (Hall 2006, Landolt 1998, Taieb 2003).

Çocuklarda görülen PTSS konusunda yapılan ara tırmalar incelendi inde; Fukunishi ve ark. 'nın (1998) yanıklı çocuklar ile yaptı ı çalı mada; çocukların %6.3'ünde PTSS saptandı ı belirtilmi tir. Landolt ve ark. (1998) araç kazası ya da yanık kazası geçiren, lösemi ve solid tümörü olan çocukların olu turdu u yüksek riskli grup ile basit cerrahi i lem yapılan çocukların ebeveynlerinin olu turdu u dü ük riskli grubu PTSS açısından kar ıla tırmı lardır. Yüksek riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %52'sinde, dü ük riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %9'unda PTSS saptanı mlardır. Vries ve ark. 'nın (1999) trafik kazası geçiren çocuklarda yaptıkları çalı mada; çocukların %25'inde PTSS'na rastlanmı tır. Kılıç ve ark. (1999) Kırıkkale'de bir mühimmat fabrikasında ard arda meydana gelen 18 patlamadan 10-12 ay sonra bölgedeki çocuklarda PTSS'nu ara tırmı lar, çocukların %16.7'sinde PTSS tanısı koyuldu unu bildirmi lerdir. Bal ve ark.'nın (2004) aile içi ya da aile dı ı bir ki i tarafından cinsel istismara u ramı 109 ergende yaptı ı ara tırmada; ergenlerin %50'sinde PTSS saptanı mlardır. Laufer ve Solomon (2006) srailde terör kazalarına maruz kalmı çocukların %26.5'inde hafif düzeyde, %10.1'inde orta düzeyde, %4'ünde ciddi düzeyde ve %0.7'sinde çok ciddi düzeyde post travmatik stres semptomları (PTSS) görüldü ünü bildirmi lerdir Currier ve ark. (2009) kanserli çocuklar ve ebeveynlerinde PTSS semptomlarını öz bildirim ve ebeveyn bildirimleri ile de erlendirmi ler, çocukların öz bildirimlerine göre %13, ebeveyn bildirimlerine göre %7 oranında PTS semptomları bildirilmi tir. Bulut (2009) depremden 11 ay sonra ilkokul ö rencilerinde PTSS'nu incelemi ve ö rencilerin %90'ında PTSS görüldü ünü bildirmi tir.

### **Hasta Çocukların Ebeveynlerinde PTSS**

Ebeveynler, çocuklarının acil olarak hastaneye yatırılması ve sonrasında çocuklarındaki hastalık tanısının ö renilmesi, çocuklarının a rılarını ve tedavinin yan etkilerini görmek, ya da di er hastaların ölümünü görmek gibi çe itli travmatik olaylara maruz kalabilmektedirler (Kazak 2005). Hastalık ya da akut bir olaya maruz kalmı bir çocu un ebeveyni, tıbbi durumun çocu un gelece i üzerindeki ciddi etkisiyle oldu u kadar çocuklarının ölmesi olasılı yla da mücadele etmesi gerekmektedir (Hall 2006). Ebeveynlerin hastanede yeni ve de i ik ortamda bulunmaları ve çocuklarının a rılı invaziv i lemlerine tanıklık etmeleri, tıbbi tedavi ve bakım hakkında karar vermek zorunda olmaları, istemeyerek de olsa çocuklarının hastalıkları ya da yaralanmalarını

ara tırmaları PTSD geli imi açısından risk faktörlerini olu turmaktadır. Ayrıca çocuklarının da PTSD'na sahip olması, çocuklarının yanında kalmaya ili kin sınırlamalar, hastanede rol kaybı ya amaları, çocuklarının durumuna ili kin bilgi almaya ihtiyaç duymaları ve prognozun belirsizli i gibi durumlar da ebeveynlerde PTSD geli imini arttırmaktadır (Begnoche 2007). Fukunishi (1998), ailelerin hastalık nedeniyle suçluluk duygusu ya adı nı ve suçluluk duygusunun PTSD ile pozitif ili kili oldu unu belirtmi tir.

Ebeveynlerde PTSD'nu inceleyen pek çok çalı ma yürütülmü tür (Hall 2006, Landolt 1998, Landolt 2002, Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2006, Ahlund 2009, Rizzone 1994, Fukuhishi 1994, Vries 1999, Farley 2007, Fuemmeler 2001, Taieb 2003, Currier 2009). Çalı maların genellikle kronik hastalı a sahip çocukların ebeveynleri ve kanserli çocukların ebeveynlerinde yo unla tı ı göze çarpmaktadır (Kazak 2005, Kazak 2004, Stoppelbein 2006, Taieb 2003, Currier 2009). Kanserli çocukların ebeveynlerinde yüksek oranlarda PTSD bildirilmi tir. Kazak ve ark. 'nın (2005) kanserli çocuklarla yürüttü ü çalı ma sonuçlarına göre; annelerin %68'i ve babaların %57'sinde PTSS saptanmı tir. Aynı çalı mada; ebeveynlerin %79'unda ebeveynlerin en az birinde PTSS'na rastlandı ı bildirilmi tir. Stoppelbein ve ark.'nın (2006) kanser ve diyabet hastalı na sahip çocukların annelerinde PTSD'nu ara tırdıkları çalı mada, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamı , diyabetli çocukların annelerinde %25, kanserli çocukların annelerinde ise %27 oranında PTSD saptandı ı bildirilmi tir. Landolt ve ark. (2002) Tip 1 Diyabetli çocukların ebeveynlerinde PTSD'nu incelemi ler; yeni tanı konulmu (ortalama 6 hafta) çocukların annelerinin %24'ünde, babalarının %22'sinde tanı kriterlerinin tamamına rastlanmı tir. Ek olarak; annelerin %51,4'ünde babaların %41,7'sinde kısmi ya da belirti vermeyen PTSD bildirilmi tir. Landolt ve ark.'nın (1998) yaptı ı çalı mada, yanıklı, lösemi ve solid tümörü olan çocukların ebeveynlerinin olu turdu u yüksek riskli grup ile basit cerrahi i lem planlanan çocukların ebeveynlerinin olu turdu u dü ük riskli grubu kar ıla tırmı ve yüksek riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin %68'inde, dü ük riskli gruptaki çocukların ebeveynlerinin % 20'sinde PTSD saptandı nı bildirmi lerdir. Farley ve ark.'nın (2007) kalp transplantasyonu yapılan çocukların ebeveynleri ile yürüttü ü çalı mada, transplantasyondan ortalama 2,5 yıl sonra ebeveynlerin %40'ında PTSS saptandı ı bildirilmi tir. Fuemmeler ve ark.'nın (2001) beyin tümürlü çocukların ebeveynlerinde ile yaptı ı çalı maya göre; tanıdan ortalama 5 yıl sonra annelerin %44'ünde, babaların %40'ında PTSD belirlenmi tir. Ahlund ve ark. (2009) normal do um a ırlıklı bebek dünyaya getiren anneler ile dü ük do um a ırlıklı bebek dünyaya getiren annelerde PTSD'nu incelemi lerdir. Dü ük do um a ırlıklı bebek dünyaya getiren annelerde ölçek puanları 25 olarak saptanırken, normal do um a ırlıklı çocukların annelerinin ölçek puanları 0 olarak saptanmı tir. ki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur. Yanı ı olan çocukların ebeveynlerini inceleyen mevcut çalı malar çocuklardaki yanıkların ebeveynler için en stresli olaylar arasında olabilece ini belirtmektedir (Hall 2006; Rizzone, 1994; Fukunishi 1998). Hall ve ark.'nın (2006) yanı ı olan çocukların ebeveynlerinde PTSD'nu ara tırdıkları çalı mada; ebeveynlerin %47'sinin PTSD semptom kümelerinin en az birini, %28'inin ikisini ve %9'unun üç semptom kümesinin hepsinden klinik açıdan anlamlı semptomlar ya adıklarını



belirtmi lerdir. Rizzone ve ark.'nın (1994) çalı masında ise; yanıklı çocukların annelerinin %52'sinde geçmi , %31'inde halihazırda PTSTB saptanmı tır. Fukunishi ve ark. 'nın (1998) yaptı ı çalı mada ise, yanıkları olan çocukların annelerinin %12,5'inde PTSTB saptanmı tır. Vries ve ark. (1999) trafik kazası geçiren çocukların annelerinin %15'inde PTSTB belirlemi lerdir. Ayrıca daha küçük çocu u olan ve olaya tanık olan annelerde PTSTB düzeyinin daha yüksek oldu unu belirtmi lerdir.

Kaygılı ebeveynler çocuklarının tekrar yaralanma olasılıklarını asgariye indirmek üzere çocuklarının aktivitelerini kısıtlayarak aktif sakinme stratejileri geli tirebilmektedirler. Bu aktif sakinme stratejileri daha sonra çocukları ile anla mazlıklar yaratabilmekte, dahası evde süregelen anla mazlık travmanın iyile mesini engelleyerek PTSTB semptomlarının sürmesine yol açabilmektedir (Hall 2006).

Çocu un hastanede kalma sürecinde ya da sonrasında bireysel ve grup terapisinin, annelerin stresini azaltmaya ve daha iyi ba etme stratejileri geli tirmelerine yardımcı olabildi i belirtilmektedir (Rizzone 1994).

Hem irelerin ba ımsız rollerinden biri olan danı manlık rolü, akut bir hastalık ya da olaya maruz kalan çocuk ve ailesinde, PTSTB tanılanması ve tedavisinde büyük bir önem ta ır. Hem irelik, mesleki giri imleri nedeniyle sa lık hizmetlerinde çocuk ve ailesine yönelik bütüncül yakla ımı temel alan bir sa lık disiplindir. Hem irelerin aile merkezli bakımı sürdürürken, çocu un ya adı ı travmadan hem çocuk hem de ebeveynlerinin birlikte etkilendi ini bilmesi; tedavi ve bakımda katkı sa lar. Çocuk ve ailesinin ya adı ı travmanın geç dönem psiko-sosyal sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak ise; hem irelerin uzun dönem takip stratejileri geli tirmesi ve hem irelik sürecini planlı yürütmesinde yol gösterici olur.

## KAYNAKLAR

- Ahlund S, Clarke P, Julia H ve ark. (2009) Post-Traumatic Stress Symptoms n Mothers Of Very Low Birth Weight nfants 2-3 Years Post-Partum, Arch Womans Ment Health 12: 261-264.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- Altaylı B. 2000; "Dissociative Symptoms in Post-traumatic Stress Disorder", Turkish Psychological Bulletin, 6(16-17): 64-68.
- Bal S, Bourdeaudhuj I, Crombez G. (2004). Differences n Trauma Symptoms And Family Functioning n Intra- And Extradfamilial Sexually Abused Adolescents, Journal Of Interpersonal Violence, 19(1): 108-123
- Battal S. Özmenler N. (1997). Psychiatric Basic Books, Ed. Cengiz Güleç ve Ertu rul Köro lu, Cilt:1, Medical Broadcasting Union, Ankara.
- Begnoche W. (2004). Posttraumatic Stress Symptoms n Pediatric ntensive Care Unit, J Spec Pediatr Nurs., 12(2): 84-92.
- Bırol L. (2004). Stres Kuramı, Hem irelik Süreci, Geni letilmi 6. Baskı, ss:32-34, zmir.
- Bulut S. (2009). Depremden Sonra Çocuklarda Görülen Travma Sonrası Stres Tepkilerinin Ya Ve Cinsiyetler Açısından Kar ıla tırılması, Türk Psikolojik Danı ma Ve Rehberlik Dergisi, 31; 43-51.
- Caffo A. (2005). Çocuk Ve Ergenlerde Travmanın Etkileri, Psikolojik Sekelleri ve Yönetimi, Current Opinion n Psychiatry, 1(3).
- Currier J, Jobe-Shields L, Phipps S. (2009). Stressful Life Events And Posttraumatic Stress Symptoms n Children With Canser, Journal Of Traumatic Stress, 22(1): 28-35
- Farley L, Demaso D, Angelo E ve ark. (2007). Parenting Stress And Parental Posttraumatic Stress Disorder In Families After Pediatric Heart Transplantation, J Heart Lung Transplant., 26(2): 120-6.

- Fuemmeler B, Mullins L, Marx B, (2001). Posttraumatic Stres And General Distress Among Parents Of Children Surviving A Brain Tumor, *Children's Health Care*, 30(3), 169-182.
- Fukunishi I, (1998). Posttraumatic Stress Symptoms And Depression n Mothers Of Children With Severe Burn njuries, *Psychol Rep. Aug*; 83(1): 331-5.
- Ganz F., Raz H., Gothelf D., ve ark.(2010). Post-Traumatic Stres Disorder n Israeli Survivors Of Childhood Cancer, *Oncology Nursing Forum*.Vol. 37, No. 2
- Hall E.,Saxe G., Staddard F. ve ark. (2006). Posttraumatic Stress Symptoms n Parents Of Children With Acute Burns, *Journal Of Pediatric Psychology* 31; (4), 403-412.
- Kazak A, Alderfer M, Rourke M, (2004). Posttraumatic Sres Dsorder And Posttraumatic Stress Symptoms n Families Of Aolescent Cildhood Cancer Survivors, *Journal Of Pediatric Psychlogy*, 29(3), 211-219.
- Kazak A, Boeving A, Alderfer M. ve ark. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment n Parents Of Children With Cancer, *Journal Of Clinical Oncology* 23: (30), 7405-7410.
- Kılıç E., Uslu R., Erden G. ve ark. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozuklu u Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler, *Kriz Dergisi*; 7(2): 1-8
- Landolt M, Boehler U, Schwager C ve ark. (1998) Post-Traumatic Stress Disorder n Paediatric Patients And Their Parents: An Exploratory Studyj. *Paediatr. Child Health* 34, 539-543
- Landolt M, Ribi K, Laimbacher J ve ark. (2002). Brief Report: Posttraumatic Stress Disorder n Parents Of Children With Newly Diagnosed Type 1, *Journal Of Pediatric Psychology*, Vol. 27, No. 7, Pp. 647-652.
- Laufer A, Solomon Z, (2006). Posttraumatic Symptoms And Posttraumatic Growth Among Israeli Youth Exposed to Terror Incidents, *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 25(4): 429-447.
- Motavalli N, (1997). Çocukluk Ça ında Görülen Travma Sonrası Stres Bozuklu u'nun Klinik Özellikleri Ve Seyri, *Yeni Symposium*, 3582-3): 92-95
- Rizzone LP, Stoddard FJ, Murphy JM ve ark. (1994). Posttraumatic Stress Disorder n Mothers Of Children And Adolescents With Burns, *J Burn Care Rehabil. Mar-Apr*; 15(2): 158-63.
- Stoppelbein L, Greening L, (2007). Bief Report: The Risk Of Posttraumatic Stres Disorder n Mothers Of Children Diagnosed With Pediatric Cancer And Type 1 Diabetes, *Journal Of Pediatric Psychology*, 32(2), 223-229.
- uer T, (2005). Posttravmatik Stres Bozuklu u. Ü.Cerrahpa a Tıp Fakültesi Sürekli Tıp E itimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47, 205-210.
- Taieb O, Moro M, Baubet T. ve ark, (2003). Posttraumatic Stress Symptoms After Childhood Cancer, *Europen Child&Adolescent Psychiatry*, 12: 255-264,
- Vries A, Adams N, Cnaan A. ve ark. (1999). Loking Beyond The Physical Injury: Posttraumatic Stres Disorder n Children And Parents After Pediatric Traffic Injury, *Pediatrics*, 104(6): 1293-1299.
- Wise PH. (2007). The Future Pediatrician: The Challenge Of Chronic Illness. *J Pediatrics*; 151 (Suppl.1): 6-10.

## PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE FİZİKSEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ

### PHYSICAL CARE NEEDS OF THE PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS AT HOME

Ph.D. Medine ÇALI KAN YILMAZ\* Doç.Dr. Mehmet KANTAR\*\*

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kök Hücre Nakil Ünitesi

\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı

#### ÖZET

Gelişmiş ülkelerde kaliteli sağlık bakımı için "bakımın sürekliliği, taburculuk planlama ve evde sağlık bakımının" ana konular olduğu üzerinde durulmaktadır. Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Bu süreçte çocuklarının yaşamını tehdit eden karmaşık kanser tedavileri, yaşamalarının hastane merkezli olması ve birçok sağlık çalışanıyla iletişim kurmaları nedeniyle ailelerin karar verici ve primer bakım veren olarak bakıma katılmaları beklenmektedir. Buna ek olarak ailelerin evde çocuklarının sağlıklı ve tedavi eklini yakından izleme sorumlulukları bulunmaktadır. Ailelerin hastanın diyetini/beslenmesini düzenleme, semptom ve ilaç yönetimi, ağrı yönetimi, ağzı bakımı ve kateter bakımı gibi fiziksel bakım alanlarında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde pediatrik onkoloji hastalarını kapsayan organize ve sistemli hizmet veren evde bakım kurumları yer almamakta, gereksinimler aileleri tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatıktan itibaren taburculuğa kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda eğitilmesi son derece önem kazanmaktadır. Bu derleme kanserli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimlerine dikkat çekmek, klinik alanda çalışan hemireler tarafından bakım verenlere/ailelere yönelik düzenlenecek taburculuk planlama programlarında kullanılmak üzere bir kaynak olması amacıyla yazılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Fiziksel bakım gereksinimi, kanser, çocuk, hemirelik

#### ABSTRACT

*Continuity of care, discharge planning, and home care are the main topics for quality of health care in the developed countries. Receiving the diagnosis of cancer and being discharged from the hospital are known to be stressful situations for families. The families of children with cancer are anticipated to be a decision-maker and primary caregiver in this process due to complex cancer treatment threatens their children's lives, their lives are hospital-centered, and they are in the communication with many health care workers. In addition to this, families are responsible for close monitoring of their child's health condition. They have educational needs in the physical care areas such as organizing patients diet, symptom and medication management, pain management, mouth care and catheter care. In our country discharge planning is not well organized in hospitals, and is not coordinated by physician or nurse and their needs are met by families. Therefore it is important to train families on home care needs of their children from hospital admissions to discharge. Pediatric oncology team take responsibility for education and counselling approach to children with cancer and their families. The aim of this review is to highlight physical care needs of children with cancer and their families at home, to ensure in use for discharge planning program by clinical nurses.*

**Key words:** Physical care needs, cancer, children, nursing

## G R

Kanser, ileri teknoloji tedavilerinin kullanımını gerektiren ve hastane masrafları yüksek olan kronik bir hastalıktır. Kanserli hastalar ve aileleri, hastanede yatmaktan kaynaklanan emosyonel gerginlik, ev içi rollerin ve yaşam eklinin değişmesi, ekonomik sıkıntılar, sağlık ekibiyle algı ve gereksinimler konusundaki farklılıklar nedeniyle bakımlarını evde sürdürmek istemektedirler (Fieler 2000). Sağlık hizmetinin bireyin kendi ortamında veriliyor olması, iyileşmeyi hızlandırması, ailenin bir arada kalabilmesi, ekonomik olması, yaşam süresini uzatması, birey için maksimum özgürlük sağlanması evde bakımın tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle kanserli çocukların yaşam süresinin uzaması nedeniyle evde sağlık bakımından yararlanan çocukların sayısı gelişmiş ülkelerde giderek artmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Savaşer 2000).

Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Aileler çocuklarının bakım ve gereksinimlerini kararlama konusunda sıkıntı yaşarlar (Clarke ve ark. 2005, Hanson 2000, Yiu ve Twinn 2001). Bu süreçte çocuk onkoloji ve evde bakım hemşiresi arasında iletişim ve işbirliği olmalıdır. Bu işbirliği hastalık ve hastalığın tipine ilişkin bilgi, tedavi planı, taburculuk etimi ve evde bakım gereksinimlerini içermelidir. Evde sunulan hemşirelik bakım hizmetleriyle plansız bulaş ve yeniden yatışlar azaltılarak plansız yatışlardan kaynaklanan maliyet ve güçlüğü engellenebilir, hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Pate 2000, Yılmaz ve Özsoy 2010).

### **Kanserli Çocuk ve Ailelerinin Evde Bakım Gereksinimleri**

Yapılan araştırmalar kanserli çocukların ve ailelerinin hastalığın ciddiyeti, seyri, özel bakım gerektirmesi ve yaşamı tehdit eden kronik bir sorun olmasından kaynaklanan çeşitli fiziksel, psikososyal, bilgi, ekonomik ve manevi gereksinimleri olduğunu göstermektedir (Clarke ve ark. 2005, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Bununla birlikte gün geçtikçe kanser insidansının artması, bazı beceri gerektiren işlemler ve uygulamaların hastaların bakım verenlerince evde yapılmasını gerekli kılmaktadır. Kanser sürecinin denetimlik göstermesi nedeniyle hastaların evde desteğe gereksinimleri de artmaktadır (London 2004, Pyke-Grimm ve ark. 1999).

Evde kanserli çocuğa bakım vermenin birincil amacı taburculuk etimini güçlendirme, komplikasyonları önleme ve erken belirleme, optimal sağlığını sürdürme, ailenin her bireyinin kronik hastalığa uyumunu sağlama, aile iletişimini geliştirme ve toplum kaynaklarını kullanmadır (Savaşer 2000, London 2004). Bu amaçla aileye çocuğa evde nasıl bakım vereceği öğretilebilir ve emosyonel destek sağlanabilir. Hastanın bulaşsızlığının sürdürülmesine ve önemli aile rollerine katılmasına yardımcı olarak ailenin fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanabilir (Clarke ve ark.2005). Kanserli çocuklarda hemşirelik bakımı kemoterapiden kaynaklanan komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmeye odaklanır. Komplikeasyonların erken belirlenmesi ve semptom kontrolü hasta bakımında hastaların yaşam kalitesini artırır. Özellikle remisyon döneminde çocuğun tedavisi sonlandırılıp evine gönderildiğinde "evde çocuğa nasıl bakacakları" konusunda ebeveynlerin stresleri artmaktadır. Kanser tanısı alan çocukların aile üyeleri tanıdan sonra stres nedeniyle kendilerine verilen

bilginin birçoğunu hatırlamayabilirler. Evde bakım hem ailenin bilgi gereksinimlerini tanıyarak eğitim ve danışmanlık konularını belirlemelidir. Çocuk ve ailenin tedavi protokollerine ilişkin bilgilendirilmesi ailenin stres ve korkularının azaltılmasında büyük önem taşır. Bu nedenle hem ailenin kanserin tipi ve tedavi seçeneklerine, tedavinin yan etkilerine ve evde bakımına, evde ilaç uygulamalarının amacı ve etkilerine, yapılan testler ve sıklıklarına, ağrı bakımı, kateter bakımı, enteral beslenme gibi fiziksel bakım gereksinimlerine ilişkin eğitim vermelidir. Hem ailenin evde aile ve çocuğa yan etkilerle nasıl baş edebilecekleri konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (Bryant 2003, Kelly ve Parock 2005, Woodgate 2003, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Aileler evde bu yan etkilerle karşılaşırken "kimden" ve "ne zaman" bilgi alabilecekleri konusunda aydınlatılmalıdırlar (London 2004, Fukui 2002).

### **Kanserli Çocukların Evde Fiziksel Bakım Gereksinimleri**

Kanserli çocukların evde fiziksel bakım gereksinimleri Tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 1:** Fiziksel Bakım Gereksinimleri

---

Enfeksiyon kontrolü
Ağrı bakımı
Deri bakımı
Kateter bakımı
Beslenme ve diyet yönetimi
Ağrı yönetimi
Yorgunluk ve yönetimi
Gastrointestinal değişikliklerin yönetimi
Ev ortamının düzenlenmesi

---

Kaynaklar: Bryant 2003, Fieler 2000 Gordon ve Dearmun 2003, Taş ve Başak 2009, Wohlschlaeger 2004, Yılmaz ve Özsoy 2010

### ***Enfeksiyon Kontrolü***

Enfeksiyon, kemoterapi alan çocuklarda sık görülen bir komplikasyon olup bu çocuklarda morbidite ve mortalitenin en büyük nedenidir. Kemoterapi nedeniyle kemik iliğinin baskılanması sonucu nötropeni gelişir. Mukoza ve deri bütünlüğünün bozulması, kemoterapi sonucu uzayan nötropeni süresi bakteriyel ve fungal enfeksiyon riskini artırır. Tedaviden yaklaşık bir hafta sonra enfeksiyon ortaya çıkabilir, 4-10 gün veya daha fazla sürebilir (Fieler 2000).

Enfeksiyon belirtisi ve bulguları için vücut alanlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla enfeksiyon belirleme ve izleme formları kullanılabilir. Aile ağrı içinde solgunluk, eritem, şişlik, sızi ve ağrı; rektumda hassasiyet, endurasyon, renk bozuklukları, hemoroidler; ciltte kızarıklık, lezyonlar, şişlik ve ağrı, üriner sistemde ağrı, idrar yaparken yanma, idrar yapma sıklığı ve koku; boğazda ağrı, öksürük, sekresyonların renk ve miktarında artış konularında dikkat etmeleri konusunda eğitilmelidir. Hasta ve ailesine beden sıcaklığını ölçme ve hangi sınırlar içerisinde de erlerin normal ve normalden sapma olduğu konusunda beceri kazandırma eğitimi gereklidir (Yuska ve Nedved 2000).

Dirençli organizmaların sayısındaki ve intravenöz kateterlerin kullanımındaki artı nedeniyle evde enfeksiyon kontrol programı geli tirilmelidir. Evde kapsamlı enfeksiyon kontrol programı, hasta ve aile üyelerinin birbirlerine enfeksiyon geçi ini en aza indirmelerine olanak sa lar. Öksürük, burun akıntısı vb. solunum yolu ikayeti olan, herpes zona geçiren aile üyeleri ve yakınlarının hasta yanına ziyareti engellenmelidir. Bununla birlikte enfeksiyonu önlemek açısından çevresel faktörlerin de kontrol altına alınması gerekir. Hem ire aile e itiminde enfeksiyon açısından ki isel hijyenin (el yıkamanın önemi, sık du alma, di fırçalama vb.) üzerinde durmalıdır (Bryant 2003, Yuska ve Nedved 2000). El yıkama tekni i, jiletlerin tek kullanımlık olması, çöplerin uygun ko ullarda saklanması, i ne ve kanlı atıkların (kateter yıkama enjektörleri, mide içeri i gibi vücut atıkları) evde kapalı ve sert kutular içerisinde saklanması, tıbbi araç-gereçlerin (mama makinesi vb.) dezenfeksiyonu gibi noktalarda enfeksiyondan korunma önlemleri aileye anlatılmalıdır (Woodgate 2003, Yuska ve Nedved 2000). Vücut üzerinde kemoterapötik ajanların etkileri ile ili kili olarak travma riski artmaktadır. Bu nedenle hem ire ev ortamında çarpma ve kazaları önleyecek ekilde ya am ortamlarının düzenlenmesi konusunda aileye danı manlık yapmalı ve e itim vermelidir (Sava er 2000).

### **A ız bakımı**

Kanserli çocukları en çok sıkıntıya sokan komplikasyon mukozit ve stomatittir. Mukozitler a ız ve gastrik mukozal dokunun ilerleyici, inflamatuvar, ülseratif bir durumudur. Mukozitleri hazırlayıcı faktörler kötü a ız hijyeni, radyoterapi, kemoterapi, trombositopeni, nötropeni ve yetersiz beslenme olup çocu un yeterli oral alımına engel olurlar. Kemoterapi alan hastaların yakla ık %40'ında mukozit görülür. Bulgular genellikle kemoterapi alındıktan sonraki 5-14 gün arasında ortaya çıkmaktadır. Hem ire mukozit belirtisini izlemeli, sa lıklı ve bakımlı bir a ız sa lamada her gün çocu un a zını gözleyerek kanama, enfeksiyon, mukus birikimi konularında e itim vermelidir (Rubenstein ve ark. 2004, Wohlschlaeger 2004).

### **Deri bakımı**

Hastalar kemoterapi ve radyoterapiye ba lı olarak kızarıklık, deride tahri olma, renk koyula ması, sivilce ve fotosensivite gibi deri sorunlarıyla kar ıla abilirler. laçlar ve kemoterapi ajanları kızarıklıklara neden olabilir. Kızarıklıklar genellikle geçicidir. Tırnak dipleri, di /di etleri ve uzun süreli kemoterapi için kullanılan damarlar bu durumdan etkilenir. Renk koyulu u tedavi bittikten sonra da birkaç ay devam edebilir. Fotosensivite ultraviyole ı nlarına kar ı derinin duyarlılı ının artmasıyla olu ur (özellikle metotreskat tedavisinde). Çok kısa süreyle güne ı nlarına maruz kalmak bile ciddi güne yanıklarına neden olabilir. Çocuk ve ailesi, günde 30 dakikadan daha uzun süre güne ı ına maruz kalacakları zaman 15-25 faktörlü, hipoallerjik su bazlı güne koruyucuları kullanmaları ve koruyucu giysi ve apka kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler (Fieler 2000).

### **Kateter Bakımı**

Hematolojik ve onkolojik hastalı ı olan çocuklarda kateterlerin kullanımı son 20 yılda giderek artmaktadır. Kateterler hem hastanın ya am kalitesini yükseltme hem

de tedavilerin uygulanmasında kolaylık sağlar. Kateterler aylardan yıllara kadar kullanım uygunluğuna bağlı olarak uzun dönemli kalabilirler. Kateterlerin bakım sıklığı ve sıklığı kateterin tipine (santral venöz veya port kateter) göre değişir. Bu nedenle hastanın kateterinin tipine (port/hickman) göre eğitim verilmelidir. Ancak kateterle hastaneden taburcu olan çocukların bakımı aileler için büyük stres kaynağıdır. Evde bakım hem iresi aile ve çocuğu kateter bakımı (pansuman sıklığı, sıklığı) konusunda bilgilendirmelidir. Aile veya primer bakım veren kişiye hastaneden taburcu olmadan önce kateter bakımı öğretilmeli, maket üzerinde uygulama yaptırılmalı, evde bakım için yazılı bilgiler içeren el kitapçığı verilmelidir. Çocuk okula devam ediyorsa okul hem iresi ve öğretmeni de bu konuda bilgilendirilmelidir (Bryant 2003, Gordon ve Dearmun 2003).

### ***Gastrointestinal Sistem (GIS) Değişikliklerinin Yönetimi***

Kemoterapiden en çok etkilenen sistem GIS'dir. Bu nedenle bulantı-kusma, diyare, konstipasyonu önlemeye yönelik beslenme kanserli çocuklarda yönetilmesi gereken önemli GIS değişiklikleridir. Evde bakım hem iresi diyare, konstipasyon, bulantı ve kusma konusunda beslenme danışmanlığı yapabilir. Bu semptomlar uzun sürdüğünde hekim tarafından önerilen ilaçlar çocuğu rahatlatılabilir. Hem iresi evde bu ilaçları uygulayabilir.

#### ***Diyare***

Diyare 24 saatte iki veya üç kezden fazla sulu dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Eğer 24 saatte altı ve daha fazla sulu dışkılama var ise mutlaka doktora haber verilmelidir. Enfeksiyon, kemoterapi, radyoterapi, antibiyotikler ve enteral beslenme gibi durumlar diyareye neden olabilir. Diyare, sıvı ve elektrolit kaybı nedeniyle dehidratasyona ve iyon eksikliklerine yol açabilir. Bu nedenle defekasyon sayısı ve içeriğinin değerlendirilmesi (rengi, kanlı-sulu-partiküllü olma durumu), dengeli sıvı alımını sağlamak konusunda aileye eğitilmelidir (Fieler 2000, Rutledge ve Angelking 1998).

#### ***Konstipasyon***

Konstipasyon 48 saatten daha uzun süre dışkılama olmamasıdır. Kemoterapinin nörotoksik etkileri, hareketsizlik ve yeme alımlarındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkabilir. Aileye eğitiminde sıvı ve bol lifli beslenmeyi artırma, çocuk ve aileyi hareket ettirmeye cesaretlendirme ve defekasyon sıklığını izleme konuları üzerinde durulmalıdır (Fieler 2000, Woolery ve ark. 2006).

#### ***Bulantı-Kusma***

Kemoterapi, ağrı ve anksiyete gibi nedenlerle, mide ve duodenum mukozasının irritasyonu sonucu vagal ve sempatik sinirlerin medulladaki kusma merkezini uyarması ile bulantı-kusma oluşabilir. Bulantı, ağrı ve yorgunluk gibi subjektif olarak algılanan bir histirdir. Bulantı-kusma kemoterapi uygulanmaya başladıktan 1-6 saat sonra meydana gelebilir, ilk 24 saat içinde (akut faz) ya da kemoterapinin başlangıcından sonra 24 saat ile birkaç gün arasında olabilir (gecikmiş faz). Çocukların bulantı-kusmadan bir süre sonra (24-48 saat) yemek yeme için zorlanmaması, az ve sık beslenmenin önemi üzerinde durulmalıdır (Bryant 2003, Fieler 2000).

### **Beslenme yönetimi**

Kanser tedavisinin sistemik etkileri ka ekisi, anoreksia, kilo kaybı, malnütrisyon, besin alımının de i mesi, protein kaybettiren enteropatidir. Kanserli bir çocu un beslenme tanılması kanserin tipi, hastalı n a aması ve önceki kanser öyküsü ile ili kilidir. Beslenme tanılması beslenme durumunu ve tıbbi öyküyü, diyet öyküsü, fizik muayene ve antropometrik ölçümleri içeren kapsamlı bir de erlendirmedir. Diyet öyküsü ile yeme alı kanlıklarının birkaç ay içinde de i ip de i medi i de erlendirilmelidir. Ka ekisi fonksiyonel durumu bozabilir ve ya am kalitesini dü ürebilir. Yüksek doz steroid tedavisi görmeleri nedeniyle steroidlerin potansiyel yan etkilerine kar ı hasta ve aile uyarılmalıdır. Kilo artı ı ya da kaybı ve anoreksiya yakından izlenmeli, günlük veya haftalık kilo izlemi yapılmalıdır. Küçük kilo kayıpları bile çocuk için çok önemli olabilir. Hem ire az beslenmenin nedenlerini tanılmalı, beslenme danı manlı ı yapılmalıdır. Yeterli kalori deste ini alamayan çocuklar için diyetisyen ve hekim ile görü ülererek gerekti inde enteral beslenme deste i sa lanabilece i bilgisi aileye aktarılmalıdır (Kantar 2009).

### **A rı Yönetimi**

Kanserli hastaların yakla ık % 50-80'i hastalıklarının herhangi bir a amasında a rı ya arlar. Kanser a rısı akut ya da kronik özellikte olabilir. Akut a rı genellikle doku hasarı nedeniyle olur ve süresi sınırlıdır buna kar ın kronik a rı üç aydan daha uzun sürer. Çocukluk ça ı kanserlerinde a rı u nedenlerle olabilir (Bryant 2003, Gedaly-Duff ve ark. 2006):

- Hastalıkla ili kili (tümörün de i ik doku ve organlara infiltrasyonu nedeniyle)
- Tedaviyle ili kili (kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden kaynaklanan a rılar: mukozitle ili kili a rılar, vinca alkaloidleriyle ili kili nöropatik kemik a rıları, karın a rıları, anal a rıları, büyüme faktörünün neden oldu u kemik a rıları)
- Tanı-tedavi ve i lemlerle ili kili a rı (lomber ponksiyon, kemik ili i biyopsisi ve aspirasyonu, kateter takılması vb.)
- Tedavinin yan etkileriyle ili kili a rılar (konstipasyon vb.)

Sözü edilen kategoriler içerisinde tanı-tedavi ve i lemlerle ili kili a rı kanserli çocukların birço u tarafından ya anan bir semptomdur (Ljungman ve ark. 2000).

A rı subjektif bir algılama oldu u için çocuklarda da en önemli ölçüt kendi a rı bildirimleridir. Evde bakım hem iresi çe itli tanılama araçları kullanarak a rı ya ayan çocuklarda a rının yerini, yo unlu unu ve olası nedenlerini tanılayabilir (Yuska ve Nedved 2000).

A rı kontrolünde amaç sadece a rının giderilmesi de il aynı zamanda hastanın normal ya am kalitesinin de sürdürülmesidir. A rı kontrolünde ilaç ve ilaç dı ı yöntemler yer alır. laç dı ı yöntemler "dikkati ba ka yöne çekme, oyun oynama, ebeveynlerle birlikte olma, çocu u kuca a alma, sıcak ve so uk uygulama, pozisyon verme, masaj yapma ve egzersizdir". Halk sa lı ı hem ireleri a rı kontrolünde hasta, ailesi ve primer bakım verenler arasında danı man olarak rol alır (Donovan ve Lathem 2000, Hanson 2000).



### ***Yorgunluk Yönetimi***

Yorgunluk, kontrol altına alınmadı ında bireyin günlük ya am aktivitelerini ve ya am kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Hockenberry - Eaton ve Hinds 2000). Yorgunlu un süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur (Fieler 2000).

Kemoterapinin yol açtı ı yorgunlu un yönetiminde öncelikle yorgunlu un tanılanması önemlidir. Yorgunlu u artıran ya da azaltan etmenlerin neler oldu u belirlenmelidir. Evde bakım hem iresi yorgunlu u önlemek için güvenli oyun çevresi ve enerji yönetimi konusunda önerilerde bulunabilir. Okula gitme, en çok tolere edilebilecek dönemler dikkate alınarak planlanabilir. A rı, uyku bozuklukları ve anksiyete gibi yorgunlu a neden olabilecek di er nedenler açıklanabilir ve bu sorunları azaltmaya yönelik uygun giri imler planlanabilir (Fieler 2000, Gedaly-Duff ve ark. 2006, Hockenberry -Eaton ve Hinds 2000).

### ***Ev Ortamının Düzenlenmesi***

Ev ortamının tanılanması hastanın bakım planının önemli bir parçasıdır. Hastanın ya adı ı ortamın güvenilir oldu undan emin olunmalıdır. Hem ire ev ortamını temizlik yönüyle de gözlemlemelidir. Buna ek olarak yangın, elektrik, banyo, yatak ve mobilya çevresinin güvenli i yönünden fiziksel çevrenin tanılanması da son derece önemlidir (Sava er 2000, Yuska ve Nedved 2000).

Hastalık sürecinin erken dönemlerinde aile ile ileti im kurulursa, aile üyeleri daha etkili bakım için ev çevresini düzenleme giri iminde bulunabilirler (Donovan ve Lathem 2000). Islak zemin ve yerlerin kaygan olmayan maddelerden yapılması, banyoda tutunacak yerlerin olması dü me riskini önlemek için alınabilecek önlemlerdir. E er yerler kaygan ise çocu a altı kaymayan ayakkabı/terlikler giydirilmelidir. Dü me ve çarpmalarda yaralanmayı önlemek için mobilyalar uygun ekilde yerle tirilmeli, oda giri ve çıkı larında düzey farkı olmamalıdır. Yatak çok yüksek olmamalı ve yatak kenarlıkları kullanılmalıdır. Gerekli ise oturma ve ya am alanları çocu un ihtiyacına göre de i tirilmelidir. Bu düzenlemelerle ilgili olarak aile bilgilendirilmelidir (Sava er 2000, Thompson 2000).

## **SONUÇ**

Ülkemiz sa lık sisteminde di er birçok kronik hastalı ı olan hastalar gibi pediyatrik onkoloji hastalarını da kapsayan organize ve sistemli evde bakım hizmetleri yer almamaktadır. Bu hizmetlerin eksikli inin bir sonucu olarak kanserli çocukların evde bakımı aile bireylerince sa lanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatı tan ba lamak üzere taburculu a kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda e itilmesi son derece önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri olmadı ı için klinik uygulamada pediyatrik onkoloji kliniklerinde çalı an hem irelere büyük rol ve sorumluluk dü mekte, birinci ve ikinci/üçüncü basamakta çalı an hem ireler arasında i birli i kurulması kaçınılmaz olmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Bryant R (2003). Managing side effects of childhood cancer treatment. *J Pediatr Nurs*, 5(2): 113-125.
- Clarke JN, Fletcher PC, Schneider MA (2005). Mother's home health care work when their children have cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22 (6) : 365-73.
- Donovan E, Latham P (2000). Rehabilitation Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 127-136.
- Fieler VK (2000). Symptom Management. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc,33.
- Friedrich S, Goes C, Dadd G (2003). Community and home care services provided to children with cancer: a report from the Children's Cancer Group Nursing Committee- Clinical Practice Group. *J Ped Oncol Nurs*, 20 (5): 252-259.
- Fukui S (2002). Information needs and the related characteristics of Japanese family caregivers of newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*, 25(3): 181-86.
- Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM ve ark. (2006). Pain, sleep disturbance, and fatigue in children with leukemia and their parents: A pilot study. *Oncol Nurs Forum*, 33 (3): 641-46.
- Gordon K, Dearmun AK (2003). Occlusion problems in central venous catheters: the child and family perspectives. *J Child Health Care*, 7(1): 55-69.
- Hanson PA (2000). Caregiver Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 159-162.
- Hockenberry-Eaton M, Hinds PS (2000). Fatigue in children and adolescents with cancer: evaluation of a program of study. *Semin Oncol Nurs*, 16 (4): 261-272.
- Kantar M (2009). Kanserli çocukta beslenme. (içinde)Ed. Alp Özkan, *Pediyatrik Onkoloji*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1327-1331.
- Kelly KP, Parock D (2005). A Survey of pediatric oncology nurses' perceptions of parent educational needs. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22(1) : 58-66.
- Ljungman G, Gordh T, Sörensen S ve ark.(2000). Pain variations during cancer treatment in children: A descriptive survey. *Ped Hematol Oncol*, 17:211-221.
- Lundblad B, Burne MV, Hellström, A (2001). Continuing nursing care needs of children at time of discharge from one regional medical center in Sweden. *J Pediatr Nurs*, 16(1).73-78.
- London F (2004). How to prepare families for the discharge in the limited time available. *Pediatr Nurs*, 30(3): 212-216.
- Pate S (2000). The Future of Home Care. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 247-258
- Pyke-Grimm KA, Degner L, Small A ve ark.(1999). Preferences for participation in treatment decision making and informational needs of parents of children with cancer: A pilot study. *J Ped Oncol Nurs*, 16 (1): 13-24.
- Rubenstein BE, Peterson DE, Schubert M (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, 100 (9): 2026-2046.
- Rutledge D, Engelking C (1998). Cancer-related diarrhea: selected findings of a national survey of oncology nurse experiences. *Oncol Nurs Forum*, 25 (5): 861-873.
- Saya er S (2000). Kanserli çocu un taburculu a hazırlanması ve evde bakımında hem irenin rolü. *Atatürk Üniv. HYO Dergisi* , 3(1): 51- 56.
- Ta F, Ba bakkal Z (2009). Kemoterapi alan çocukların ya adıkları semptomlar ve ebeveynlerin uygulamaları, *Ege Pediyatri Bülteni*; 16(1):33-44.
- Thompson JM (2000). Pediatric assesment in the home. *Home Health Care Nurse* , 5(10) : 639-646
- Wohlschlaeger A (2004). Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses. *J Ped Oncol Nurs*, 21 (5): 281-289.
- Woodgate, RL, Degner, LF, Yanofsky, RA (2003). Different perspective to approaching cancer symptoms in children. *J Pain Symp Manage*: 26(3): 800-817.
- Woolery M, Carroll E, Fenn E ve ark. (2006). A Constipation Assessment Scale for Use in Pediatric Oncology. *J Pediatr Oncol Nurs*, 23 (2): 65-74.
- Yılmaz ÇM, Özsoy SA (2010). Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Support Care Cancer* 18; 243-253.
- Yiu JM, Twinn S (2001). Determining the needs of Chinese parents during the hospitalization of their child diagnosed with cancer: An exploratory study. *Cancer Nurs*, 24(6): 483-489.
- Yuska CM, Nedved PG (2000). Home Care. (içinde) Margaret H. Frogge, Michelle Goodman, Susan L. Groenwald (ed). *Cancer Nursing: Principles and Practice*. Jones and Barlett Publ.Inc. 1661-1680.