

BİDGE Yayınları

Hasta Bakımında Hemşirelik Araştırmaları I

Editör: Doç. Dr. Rukiye Höbek Akarsu

ISBN: 978-625-6707-47-4

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.12.2023

BİDGE Yayınları

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

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

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

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

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



ÖNSÖZ

Hemşirelik genel sağlık meslekleri arasında insana en yakın ve her zaman insanın en yanında olan profesyonel bir sağlık disiplini­dir. Hemşirelik mesleğinin gelişimi hastaya verilen bakımın kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Hasta bakımında en önemli faktör değişen dünyayı takip ederek yeni ve güncel bilgileri araştırmak ve bakıma entegre etmektedir. Gerek hemşireler gereksede hemşire akademisyenler bu nedenle hemşirelik bilgi birikimini arttırmaya katkısı olması amacıyla bilimsel araştırmalar yapmaktadır. Bu kitapta hemşirelik alanında derlenmiş bilimsel araştırma makaleleri, derleme makaleleri ve olgu sunumları sizlerin istifadesine sunulmuştur. Umarım alana önemli katkıları olur.

Saygılarımı sunarım...

Editor

Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	3
İÇİNDEKİLER	4
Afetlerde Hemşirelik ve Psikolojik Bakım	7
Mehmet Emin ATAY	7
İnternette Oyun Oynama Bozukluğu ve Neden Olduğu Sorunlarla Başetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	24
Esra KARABULUT	24
Fatma BOĞAN	24
Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar: Bir Gözden Geçirme	35
Merve ÇELİK.....	35

Didem AYHAN.....	35
Hemodiyaliz Hastalarında Semptom Yönetiminde Kullanılan Aromaterapi Uygulamaları ve Etkileri.....	58
Tuğba YARDIMCI GÜREL	58
Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalarda Fiziksel Gereksinimler ve Evde Bakım.....	75
Neşe İŞCAN AYYILDIZ	75
Watson’ın İnsan Bakım Modeli Perspektifinden Multiple Skleroz	103
Fatma ÖZKAN TUNCAY	103
Funda GÖKÇEK	103
Yaşlılarda Sağlık Algısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	117
Fikriye ÇETİNSEL.....	117
Mine BAHÇECİ.....	117
Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	137
Canan BİRİMOĞLU OKUYAN.....	137
Ayça Coşkun	137
Oğuzhan Bahadır DEMİR.....	137
Hemşirelik Sürecinde Davranışsal Sistem Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu	148
Selva Ezgi AŞKAR	148
Keriman AYTEKİN KANADLI	148
Hemşirelik Eğitiminde Sanal Gerçeklik Kullanımı	163
Fatma BOĞAN.....	163

Reyhan ESKİYURT	163
Birgül ÖZKAN.....	163
Hipertansiyon ve Tip 2 Diyabeti Olan Geriatrik Hastaya Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu	182
Keriman AYTEKİN KANADLI	182
Selva Ezgi AŞKAR	182
Güvenli Annelik.....	197
Keziban AMANAK.....	197
Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Süreçlerinde Bağımlılıklarının İncelenmesi	204
Bahar KULEYİN.....	204
Göç ve Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı	218
Esra YILMAZ	218
Nurcan ÇAĞLAYAN.....	218
Zehra AKIN.....	218
Dans ve Hareket Terapisi Nedir?	226
Cemile FINDIK.....	226
Kayıp, Ölüm ve Yas.....	270
Lütfiye Nur UZUN.....	270
Hümeysra HANÇER TOK	270

BÖLÜM I

Afetlerde Hemşirelik ve Psikolojik Bakım

Mehmet Emin ATAY¹

Giriş

Afet, maruziyet, zarar görebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşime giren tehlikeli olaylar nedeniyle bir topluluğun veya toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi şekilde bozulması ve bunun sonucunda insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerin ortaya çıkmasıdır (Matsuda ve ark., 2023). Küresel olarak tüm toplumlar potansiyel olarak afet tehdidi altındadır. Bu nedenle, bireyler ve hükümetler bu afetlerin olumsuz sonuçlarını azaltmaya ve ilk etkileri hafifletmenin yanı sıra afet sonrası müdahale ve iyileştirme ihtiyaçlarına hazırlanmak için stratejiler geliştirmeye çalışmaktadır (Lin ve ark., 2023).

Afetlerin meydana gelme sıklığı ve olumsuz etkileri göz önüne alındığında, hemşirelerin afetlere müdahale etmeye hazır olması, etkilenen insanların sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçları azaltmada önemlidir. Ayrıca, Covid 19 salgını gibi halk sağlığı acil

¹ Öğretim Görevlisi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, 0000-0002-5373-9031, meatay@agri.edu.tr

durumları, yeterli ve uygun şekilde yanıt verebilecek bilgi, beceri ve yeteneklerle hazırlanmış ulusal bir hemşirelik iş gücüne sahip olmanın gerekliliğini vurgulamaktadır (Wakefield ve ark., 2021). Beklenmedik sonuçları azaltma girişimleri ve etkili afet risk azaltma müdahaleleri de dahil olmak üzere tüm çabalar afet yönetimini oluşturur. Afet yönetiminin önemli bir bileşeni olan afet müdahalesine hazırlık, bireylerin, kuruluşların veya toplulukların meydana gelen bir afete etkili bir şekilde müdahale etmeye hazır olma durumunu ifade eder. Bir afetin acil etkilerini hızlı ve etkin bir şekilde yönetmek, yaşamları korumak ve daha fazla zararı önlemek için gerekli kaynaklara, planlara ve kapasitelere sahip olmayı kapsar (Wiltshire, 2006). Bu nedenle, afetlere veya halk sağlığı acil durumlarına hızlı ve uygun bir şekilde yanıt vermek çok önemlidir ve hayat kurtarmak, etkilenen nüfusun sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azaltmak ve/veya ek hasar ve mal kaybını önlemek için ön saflardaki hemşirelerin afet müdahalesine hazırlıklı olmalarına bağlıdır (Tzeng ve ark., 2016).

Afet bölgelerinde veya etkilenen bölgelerin yakınındaki yerel hastanelerde, başta hemşireler olmak üzere güçlü bir ön saf tıbbi işgücüne ihtiyaç vardır (Chegini ve ark., 2022). Afetlere yanıt olarak hastane hemşirelerinin seferber edilmesi, özellikle ulusal hükümete veya orduya bağlı hastanelerde gerekli bir yanıttır. Hemşirelerin afet müdahalesine hazır olması, acil müdahale/kritik bakım bilgisi ile birlikte kişisel hazırlığı, kendini koruma becerisini ve klinik yönetimi içerir. Afet sırasında hemşireler, ilk yardım ve mağdurların değerlendirilmesi ve triyajının yapılması, hayat kurtarıcı ilaçların uygulanması, devam eden fiziksel ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarının izlenmesi ve kaynakların tahsis edilmesi de dahil olmak üzere ileri klinik bakım sağlar (Loke ve ark., 2021). Hemşireler ayrıca kırılgan yaşlıların bakımına ve afet sırasında bile kadınların ve bebeklerin sağlıklı olmasını sağlamak için doğumlara yardımcı olurlar (Kleier ve ark., 2018; Harville ve ark., 2015). Ayrıca, hemşireler olay komuta sistemlerine katılır, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımını denetler ve genellikle kendi sağlıklarını riske atarak kriz liderliği ve iletişimi sağlarlar. Bu nedenle, afetler

sağlık sistemleri üzerinde benzeri görülmemiş talepler yaratmakta ve hemşirelerin yetkinliklerini, afet müdahalesine hazır olmalarını ve sağlık çalışanları olarak kişisel bağlılıklarını zorlamaktadır (Hassmiller ve Wakefield, 2022). Ancak, hemşireler, görevlendirme öncesi eğitim almış olsalar bile, bu tür olayların beklenmedik doğası nedeniyle afet müdahalesi konusunda yetkin olmayabilir ve hatta iyi hazırlıklı olarak algılanmayabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin afetlere etkili bir şekilde müdahale etmeye hazır olmasını sağlamak ve teşvik etmek için kuruluşların düzenli olarak hazırlık tatbikatları yapması gerektiği savunulmuştur (Sheikhbardsiri ve ark., 2020). Bu nedenle, küresel afet zorluklarının yönetimi için hemşirelik profesyonellerinin bilgi, beceri ve özellikle hazır olma durumlarını geliştirmek için daha fazla afet hemşireliği araştırması gereklidir (Loke ve ark., 2021). Hemşireleri afetlere iyi hazırlamak için bütüncül ve etkili afet eğitim programları tasarlamak afet bakımı sağlamak zorunludur.

Afet hemşireliği eğitim programları tasarlamadan önce, hemşire eğitimcileri ve yöneticiler, hemşirelerin afet bakımı sağlamak için ne kadar iyi hazırlanmış olmaları gerektiğini anlamalı ve hemşirelerin afet müdahalesine hazır olma durumlarının belirleyicilerinin farkında olmalıdır. Hemşireler çok çeşitli ortamlarda çalışmakta ve hastanelerde ve başka yerlerde çok çeşitli profesyonel düzeylerde uygulama yapmaktadır. Afet müdahalesi için daha yüksek düzeyde hazır olma algısına sahip hemşirelerin potansiyel arka plan özelliklerinin veya çalışma birimlerinin/uzmanlık alanlarının belirlenmesi, afet yönetiminin hazırlık aşamasında en uygun ve zorunlu adım olacaktır. Hemşireler arasındaki afet yönetimi yetkinliği, eğitim düzeyi ve öz yeterliliğe göre ayarlandıktan sonra en çok afete müdahale etme isteği ve hazır olma durumuyla ilişkilidir (Choi ve Lee, 2021). Bununla birlikte, hemşirelerin afet müdahalelerine hazır olmalarının belirleyicileri, afet müdahalesi için iyi organize edilmiş bir plan oluşturmak üzere farklı kültürler arasında daha fazla değerlendirme ve tartışma gerektirebilir; bu da ölüm oranını ve hayatta kalan birçok kişinin önlenabilir acılarını azaltabilir.

Afet Hemşireliği

Hemşireler, sağlık personelinin en büyük grubunu oluşturur (Yıldız ve ark., 2023). Hemşirelerin acil müdahale ile etkili bir afet yönetimi için afetlere hazır olmaları çok önemlidir (Veenema, 2006). Tüm hemşirelerin, afetleri önceden önleyebilme, azaltabilme, hazırlık ve kurtarma faaliyetlerine katılarak afet öncesi, sırası ve sonrasında yetecek kadar sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayabilmeleri için profesyonel becerilerini geliştirmeleri konusuna önemli bir vurgu yapılmaktadır (Jennings Sanders, 2004). Şu anda çoğu ülkede hemşireler, olası afetlere karşı hazır olmak ve afet durumlarında gereken bilgi ve becerilere sahip olmakla sorumlu tutulmaktadır. Bu bakış açısı ile, hemşirelerin uzmanlık alanları farketmeksizin, afet yönetimini anlamaları ve afetlerin her aşamasında görev almaları teşvik edilmelidir. Afet yönetimi başlangıçta yalnızca halk sağlığı hemşireleri, acil durum hemşireleri veya ordu hemşirelerinin pratik alanı olarak kabul edilse de günümüzde bu konu, tüm birimlerde çalışan hemşirelerin öğrenmesi ve bilinçlenmesi gereken önceliği olan bir konu olarak değerlendirilmektedir (Olchin ve Krutz, 2012).

Afet hemşireliği, afetler ile ilgili hemşirelik uygulamalarına özgü bilgi ve becerilerin esnek ve sistemli bir şekilde kullanılmasıyla, geniş kapsamlı sağlık etkilerinin ve hayati tehlike içeren risklerin en aza indirilmesi gerekçesiyle diğer alanlarla koordineli olarak yürütülen faaliyetleri kapsayan bir alandır. Afet hemşireliğinin ana hedefi, afetin etkisi altında kalan toplum ve kişileri en üst düzeyde sağlık konumuna getirmektir (Jennings Sanders, 2004; Stanhope ve Lancaster, 2004). Bütün hemşireler, çeşitli branşlardan olmalarına rağmen, afet durumlarında değerlendirme, triyaj, destek sağlama ve etkili çalışma süreçlerini bilmek zorundadırlar. Fakat, Türkiye'de hemşirelik alanında daha yeni yeni gelişmekte olan afet hemşireliğini kavrama sürecinde, hemşirelere önderlik edecek çok az model vardır. Üstelik onunla beraber, günümüz hemşirelik ders müfredatına afet hemşireliğinin eklenmesi önemli bir ilerleme sağlayacaktır. Afet hemşireliği eğitimi, hemşirelere sunulduğunda ölüm oranlarının düşmesi,

bireylerin sağlık durumunun iyileşmesi ve afet maliyetlerinin minimal seviyeye düşürölmesi gibi olumlu çıktıları ortaya çıkarabilir (Yan ve ark., 2015).

Sağlık kurumlarında bilhassa yönetici hemşirelerin afet durumuyla ilgili önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Oluşabilecek kriz durumları ve afetler, yöneticilerin hızlı bir şekilde kararlar almasını gerektirdiği için, yönetici hemşire konumundaki hemşirelerin karar alma ve kontrolleri sağlayabilmeleri için temel bilgi ve becerileri kullanabilmeleri önemlidir. Sıkça, afet anlarında temel işlevler unutulabilir ve sistem daha karmaşık hale gelebilir. Bundan dolayı, hemşirelik yöneticileri, afet anındaki planlama, yönlendirme, örgütlenme, koordinasyon ve kontrole ilgili yönetim işlevlerini detaylı bir analiz yaparak bu temel görevleri daha verimli bir şekilde yerine getirmelidirler. Yönetici pozisyonundaki hemşirelerin, yönetim kaynaklarını kapsayan yükümlölükleri vardır. Bu kaynakların hepsinin ayrı ayrı etkili bir şekilde yönetimi, afet öncesinde, sırasında ve sonrasında kritik öneme sahiptir (Vatan ve Salur, 2010).

Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluş Durumları ve Önemi

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses-ICN), hemşireler hangi uzmanlık alanlarına bağlı olursa olsun, bütün hemşirelerin afet bakımını hem planlama hem de uygulama konusunda en üst düzeyde yetkinliklere sahip olmalarının önemini vurgular. Aynı zamanda, afetlere hazırlık ve müdahale için gerekli bilgi ve becerilere de sahip olmalarını gerektiğini belirtir. ICN, bu doğrultuda tüm hemşirelerin afet hemşireliği yetkinliklerini gösterebilmesi için bir çerçeve oluşturmuş ve bu konuda bir çağrıda bulunmuştur (Loke ve Fung, 2014). Dünya çapında, hemşirelerin farklı olaylara karşı tedbirli olma ve çözümleme konusunda en temel seviyede bilgi ve beceri birikimine sahip olmalarının gerekliliği, Kitle Zaiyatı Eğitimi için Uluslararası Hemşirelik Birliği (INCMCE) tarafından da ön plana çıkarılmıştır. Ayrıca, afetlere hazırlıklı ve afet konusunda yeterli eğitim almış hemşirelerin, afet durumlarında ekili

sorumluluklar üstlenebilecekleri ve etkili bir şekilde baş edebileceklerinin farkına varılmıştır (Veenema, 2006).

Hemşirelerin ulusal kapsamda afet yönetimi süreçlerini iyi anlamaları ve başarıyla uygulayabilmeleri önemlidir (Hsu ve ark., 2006). Hemşireler, ülkenin üst düzey afet planlama ve uygulama adımlarına iyi hakim olurlarsa, bireysel ve kurumsal düzeyde hazırlanan afet planlarının genel toplum afet planlarıyla uyumlu olmasını daha kolay sağlayabilirler. Başka bir deyişle, hemşirelerin tüm afet yönetimi programlarının içinde yer alması gereklidir (Minami ve Young-Soo, 2009). Hemşireler mesleğini yapan herkes çalışmalara katılarak afet öncesi, sırası ve sonrasında uygulama yapabilecek kadar sağlık bakım hizmeti sunma konusundaki mesleki yeteneklerini ilerletmelidirler. Hemşirelerin geçmiş tecrübe ve aldıkları eğitimler, afetlere hazırlıklı olma durumlarını etkileyerek, afetlere müdahale konusundaki farkındalıklarını, kendilerine olan güvenlerini ve becerilerini artırırken, beklenmeyen olaylara karşı duyarlılıklarını eksiltmektedir (Hammad ve ark., 2011).

Afetlerde Hemşirenin Rolü

Sağlık hizmeti çalışanları arasında, özellikle hemşireler, afetlere hazırlık sürecinde ve afetlere müdahale sürecinde aktif bir misyon üstlenmektedir. Hemşirelerin tecrübeleri ve eğitimleri, afet hazırlıklarını etkileyerek, farkındalık yaratmalarını, kendine güvenlerini ve afete müdahalelerindeki kabiliyetlerini artırmakta ve tahmin edilmeyen olay ve durumlara karşı savunmasız hallerini indirgemektedir. Yapılan araştırmalar, birçoğu hemşirenin yoğun kayıpların yaşandığı durumlarla başa çıkmaya hazırlıksız olduklarını, hazırlık, eğitim ve tecrübelerinin afete hazırlık için yetersiz olduğunu işaret etmektedir (Seyedin ve ark., 2015). Bu gibi durumlarda öncelikli müdahalede bulunan ve morbidite ile mortaliteyi azaltma gibi önemli görevleri üstlenen hemşirelerin, afetlere daha etkin bir şekilde hazırlanabilmesi ile hemşirelik, 21. yüzyılın etik ve insana özgü gerekliliklerinden biri haline gelmektedir (Yan ve ark., 2015). Hemşireler genellikle afetlerde ilk müdahalenin gerçekleştirilmesi, bakım işlevi, olayın gerçekleştiği

yerde bakım koordinatörlüğü, eğitim, psikolojik danışmanlık ve triyaj görevleri gibi önemli sağlık personeli rollerini üstlenmektedirler.

Uluslararası hemşirelik birliklerinde, hemşirelerin afetle mücadelede maruz kaldıkları zorlukları aşabilmeleri ve asgari becerilere sahip olmaları için eğitim almaları gerekliliğinin mühimiyeti konusunda giderek artış gösteren bir düşünce birliği bulunmaktadır. Hemşireler, en kapsamlı sağlık çalışanları kitlesinden oluştukları için, afetlere müdahale etme, afetlere hazırlık ve afetlerde kurtarma çalışmalarına katılma konusunda hazır olmaları, bir topluluğu afete karşı daha dayanıklı hale getirmek açısından kritik rol oynamaktadır. Bu sebeple, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), ICN Afet Hemşireliği Yeterlilikleri Çerçevesini (2009) birlikte oluşturmuştur. Bu çerçevede, afetlerde hemşirelerin rolünü netleştirmenin yanında afet eğitimi ve öğretimini geliştirmeye de ilham vermektedir. Bu tür eğitim ve öğretim, hemşirelerin dünyanın her yerinde benzer uzmanlıklara sahip olabileceği şeklinde öngörülerek, yerel uygulamalara odaklanmaktadır (Pang ve ark., 2009).

Afetler sırasında ve sonrasında hemşirelerin, hastaların triyajında, güvenliğin oluşturulmasında, liderlik yapmak gibi önemli roller ve yükümlülükler bulunmaktadır. Örneğin, Andrew kasırgasında, 250.000 kişinin barınma için yer bulamadığı bir durumda, işgücü yönetimini ve afet planlamasını oluşturan en etkin meslek grubunun hemşireler olduğu ve bu süreçte daha sakin ve soğukkanlı kalabildikleri belirtilmiştir. Bu nedenle afet komitesi ekiplerinde hemşirelere yer verilmesi önemlidir. Hemşireler, kriz esnasında ve sonrasında psikiyatrik bulguları tanıyabilme ve psikolojik bakım faaliyetlerini yapabilme yeteneklerine sahip olmalıdırlar. Afetlere önceden hazır olmak, olası zorlukları öngörebilmek ve yetkin olmak, yardım etmeyi daha kolay hale getiren faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, bir afetin psikolojik olarak yaratabileceği etkilerini bilmek, hazırlıklı olmak ve hizmeti planlamak büyük önem taşımaktadır.

Afetlerden sonraki erken değerlendirme ve hızlı müdahale, büyük bir öneme sahiptir. Bu çerçevede toplumu güçlendirmek, nitekim hemşirelerin sağladığı hem bakım hem de destekle, tıbbi tedavi kadar hayati bir rol oynamaktadır. Travmatik durum yaşıyan bireylerin duygusal belirtilerinin farkına varmak, iyileşme sürecini hızlandıran önemli bir faktördür. Hemşireler, travma geçirmiş bireylere duygularını ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olmak için iletişim bilgi ve becerilerini kullanmalıdır. Anksiyete ile baş etmeye yardımcı olmak için baş etme yöntemlerini belirlemek ve bireyleri bu konuda bilinçlendirmek önemlidir. Hemşire, bu aşamada güvenli ortam sağlayarak etkin iletişim kurmalı, sosyal ve emosyonel destek sunmalı, destekleyici bir ortam oluşturmalıdır. (Oflaz, 2008).

Afetlerin Psikolojik Etkisi

Norris ve arkadaşlarının (2008) daha önce ele alınan temel çalışmaları, bir nüfusun bir afetten ne kadar çeşitli şekillerde etkilenebileceğini ve farklı afet türlerinin etkilenen nüfusların psikolojik sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak için güçlü bir temel sağlamıştır. Etkinin değişkenliği, afet olayına maruz kalma derecesinin yanı sıra olayın türü ile de ilişkilidir. Norris ve arkadaşları (2002) altı genel kategoride sınıflandırılabilir psikolojik sonuçlar belirlemiştir: spesifik psikolojik sorunlar, spesifik olmayan sıkıntılar, sağlık sorunları ve endişeleri, kronik yaşam sorunları, psikososyal kaynak kaybı ve gençlere özgü sorunlar. Buna ek olarak, yaptıkları incelemede, kitlesel şiddet tipine maruz kalan nüfusun, doğal veya teknolojik felakete kıyasla şiddetli veya çok şiddetli psikolojik etkilere sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Olayın türüne bağlı olarak, biyolojik olaylar etkilenen grupların damgalanmasına, ötekileştirilmesine ve/veya gereksiz yere kısıtlanmasına neden olabilir ve bu da olumsuz ruh sağlığı sonuçları riskini artırır. Buna ek olarak, biyolojik olaylar paranoya ve sağlık hizmetlerinde artış gibi davranışsal ve psikolojik eylemlere yol açarak toplum istikrarını bozabilir (Perrin ve ark., 2009).

Maruziyetin şiddeti birey ve topluluk düzeyinde ölçülmüştür ve genellikle şiddet ölçütü olarak stres faktörlerinin birikimine odaklanılmıştır. Çalışmalarda önemli ölçüm değişkenliği olmasına rağmen, yaralanma, yaşam tehdidi stresörleri ve aşırı kişisel kayıp stresörleri olan bireyler için, özellikle de yüksek toplumsal yıkımla birleştiğinde, ruh sağlığı üzerinde daha büyük ve daha kalıcı olumsuz sonuçlar ortaya çıkmıştır (Norris ve ark., 2002). Yazarlar ayrıca cinsiyet, yaş, etnik köken, sosyoekonomik durum, aile faktörleri, ikincil stresörler, afet öncesi işlevsellik ve psikososyal kaynakların olumsuz sonuç riskini artıran veya koruyucu faktörler olduğunu bulmuştur. Önemli bir uyarı, bu faktörlerin etkileşimli ilişkisinin karmaşık olduğu ve olaya bağlı olarak diğerlerinden birini veya daha fazlasını değiştirebileceği, karıştırılabileceği veya aracılık edebileceğidir (Norris ve ark., 2002).

Afetlerde Ruh Sağlığı

Son on yılda afetlerin toplumlar üzerindeki psikolojik etkilerine ilişkin yapılan araştırmalar, nüfus temelli yaklaşımlarda artan bir eğilim olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmalar, ruh sağlığı uzmanlarının/lisanslı pratisyenlerin başlangıçta yetersiz kalacağı ve büyük olasılıkla afetin erken müdahale aşamasında sahada olamayacağı anlayışını ortaya koymaktadır. İleri düzeyde hazırlık ve eğitim sağlandığında, toplum üyelerinin kendilerinin bir afet olayının erken aşamalarında ölçülebilir bir fark yaratabileceğine dair kanıta dayalı veriler mevcuttur. Son araştırmalar, afetin hemen sonrasında psikolojik bozulmanın normal olarak görüldüğü ve eş zamanlı olarak toplum ruh sağlığı sağlığının çoğu için zamanla geri döneceğine inanılan kademeli bir toplum yaklaşımına duyulan ihtiyacın altını çizmektedir. Afetten etkilenenlerin çoğu, kişisel ve toplumsal direnç ve dayanıklılığa, uygun nüfus temelli müdahalelere ve afet öncesi varoluşu yeni bir normale doğru yeniden inşa eden ve istikrara kavuşturan toplumsal yardıma bağlı olarak nispeten hızlı bir şekilde iyileşir.

Hazırlık, müdahale, iyileştirme, zarar azaltma, risk azaltma ve önlemeden oluşan afet döngüsüyle kurulacak paralellikler direnç,

dayanıklılık ve iyileşme arasındaki ayrımın anlaşılmasına yardımcı olabilir. İyileşme aslında dirençten ayrı düşünülmelidir (Nucifora ve ark., 2007; Weissbecker ve ark., 2008). Direncin afetin hazırlık ve önleme aşamalarıyla, direncin ise müdahale aşamasıyla uyumlu olduğu düşünülebilirse de afet sonrası toparlanma afet döngüsünün iyileşme, zarar azaltma ve risk azaltma aşamalarıyla uyumludur ve yeni normale başarılı bir şekilde uyum sağlanır.

Afet ruh sağlığına ilişkin son araştırmalar, psikotravma yaklaşımlarını erkenden ele almakta, birincil önleme (örneğin, toplumsal dayanıklılık eğitimi) ve ikincil önleme (örneğin, erken nüfus temelli ruh sağlığı triyaj araçlarının kullanımı) stratejilerinden yararlanmaktadır (Everly ve ark., 2010; Kaminsky ve ark., 2007). Nüfus temelli müdahaleyle yardım edilemeyecek olanların erken teşhisi elbette afet ruh sağlığı açısından kritik bir faktör olmaya devam etmektedir. Ayrıca, ruh sağlığı müdahalesine ihtiyaç duyacak olanlar (üçüncül önleme), afetin psikolojik refah üzerindeki etkisiyle ilgili sorunların ve komplikasyonların devam etmesini önlemek için mümkün olan en kısa sürede bu müdahaleyi almalıdır. Davidson ve McFarlane (2006) afetlerin ruh sağlığına halk sağlığı yaklaşımını davet ettiğini ve bu yaklaşımın hem etkilenen toplumun hem de bireyin ihtiyaçlarına daha iyi hizmet ettiğini belirtmektedir. Direnç, dayanıklılık ve iyileşme kavramları toplum temelli bir çabada daha iyi anlaşılır. Hemşireler afetlerde ruh sağlığında çok önemli roller üstlenmekte olup, sürecin sağlıklı ilerlemesinde bireylerin sürekli destekçisi olmalıdırlar.

Afetlerde Psikolojik Bakım

Sağlık hizmetleri, afet durumlarında toplumun beklediği önemli hizmeti sunması gereken kilit yapılarından biridir. Afet hallerinde sağlık çalışanlarının hazır durumda olması, bilgi bakımından donanımlı olması ve etkili müdahalelerde bulunabilmesi büyük önem arz etmektedir. Ancak, çoğu sağlık çalışanı, acil yardım müdahalelerinde deneyime sahip olmasına rağmen, psikolojik destek konusunda yeterli eğitim ve deneyime sahip değildir. Bir kriz halinde hemşirelerin, hayatta kalan bireylerin psikolojik durumunu

anlamaları, pozitif bir etki yaratmaktadır. (Kalanlar ve Kubilay, 2015). Afet durumlarında ruh sağlığı araştırmaları, bir felaketin neden olduğu psikolojik kayıpların, fiziksel kayıplardan daha büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Hemşireler, ilk ve acil yardım müdahalelerinin kilit bir bileşeni olarak günlük olarak travmatik ve stresli olaylarla karşılaşmakta ve bu durumlarla baş etmek zorundadırlar. Afetin etkisi altında kalan bireylerin psikolojik direncini güçlendirmek ve mevcut olan insan kaynaklarını artırmak için farklı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Psikolojik bakımın, özellikle acil müdahale döneminde, hemşirelerin mesleki yetkinlikleri ve deneyimleri çerçevesinde üstlendikleri liderlik rolünün kritik önemini bulunmaktadır (Everly ve ark., 2010).

Hemşireler, verimli iletişim yoluyla bireylerin baş etme davranışlarını geliştirmelerine yardımcı olarak güçlü yönlerini ortaya çıkarabilirler. Hemşireler, yaşanan afetin her aşamasında etkili olmalı ve uygun etkileşimler için hazırlıklı ve donanımlı olmalıdır. Sürekli olarak hastalarla doğrudan bağlantı kuran ve etik kurallara uyan hemşirelerin uyguladığı standart bakım planı, afet yönetiminin basamaklarıyla neredeyse paralellik göstermektedir. Hemşireler, pratik ve teorik bilgilerle donanmış olup, eleştirel düşünme, iletişim ve problem çözme becerilerine sahiptir (Oflaz, 2008). Bu durum, hemşirelerin psikolojik bakım sürecinde ön planda olmalarını kaçınılmaz kılmaktadır. Tecrübeli ve iyi eğitim almış bir hemşire, yaşanmış olan travmatik bir olayın psikolojik etkilerini en aza indirme ve iyileşme sürecini hızlandırma yeteneğine sahiptir. Psikolojik bakım desteği, sadece afetlerden etkilenmiş kişilerin psikolojik bakımını sağlamakla kalmaz, diğer yandan hemşirelerin kendi kişisel bakımlarını geliştirmelerine de yardımcı olur. Meydana gelen afetler, hemşirelerde hem psikolojik hem de fiziksel sorunlara neden olabilir, bu da iş verimini düşürebilir ve psikolojik ile zihinsel stres yaşatabilir (Kılıç ve şimşek, 2019). Afet durumlarında vazifesini yerine getiren hemşirelerde stres yönetimi, anksiyete ve stresin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Psikolojik destek, hemşirelerin dayanıklılığını ve direncini artırarak stresi azaltır. Son yıllarda yaşanan afet olayları, afetlere hazırlıklı olma, olası

durumlara etkin yanıt verme ve afet sonrası rehabilitasyon sağlama konularını tüm sağlık çalışanları için önemli hale getirmiştir. Bilgi ve tecrübeleriyle afet sırasında etkin görev alan hemşireler, vazgeçilmez bir meslek grubudur (Shinchi ve ark., 2019).

Hemşirelerden beklenti, yaşanan afet olaylarında etkili bir şekilde hem fiziksel hem de psikolojik bakım sunmalarıdır. Bu yaklaşım, afet sonrası riskleri ve travmatik reaksiyonları azaltmanın yanı sıra, birey ve toplumun afetler hakkındaki bilinç düzeyini artırır. Felaket sırasında veya daha sonrasında sağlık hizmeti verildiğinde, hemşireler etkili bir rol oynar. Hemşireler için afetlere özgü eğitim programları ve bu alandaki yeterlilik ile politika geliştirmeye yönelik uygulamalar planlanmalıdır. Bunun yanı sıra, bu farkındalık eğitimi, hemşirelerin afet ortamlarında çalışmanın gerçekleri konusunda bilgilendirilmesini amaçlayan etkili bir strateji olarak benimsenmelidir. (Ranse ve Lenson, 2012).

Sonuç

Günümüzde artan afet sıklığı, afetlere hazırlıklı olma ve etkili afet yönetimi konularını ön plana çıkarmaktadır. Afet olaylarına müdahalede bulunan hemşirelerden, insanların yaşadığı travmalar ve psikolojik bakım konularında bilgili ve etkili olmaları beklenmektedir. Hemşirelerin afet etkisi altında kalmış ve travma yaşamış bireylere en iyi bakımı sunabilmeleri, afet eğitimi ve psikolojik bakım konularında bilgi, beceri ve yeterliliklerini artırmalarına bağlıdır. Psikolojik bakım, afetlere müdahalelerde olumlu etki sağlayarak öz yeterliliği artırır. Bu bağlamda, hemşirelerin afetlerle ilgili mesleki bilgi ve becerileri güçlendirilmeli ve düzenli hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Kaynakça

Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Kakemam, E., Lotfi, M., Nobakht, A., & Aziz Karkan, H. (2022). Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: A cross-sectional study. *Nursing open*, 9(2), 1294-1302.

Choi, H. S., & Lee, J. E. (2021). Hospital nurses' willingness to respond in a disaster. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51(2), 81-88.

Davidson, J. R., & McFarlane, A. C. (2006). The extent and impact of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*, 67(Suppl 2), 9-14.

Everly Jr, G. S., Barnett, D. J., Sperry, N. L., & Links, J. M. (2010). The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *International journal of emergency mental health*, 12(1), 21-31.

Everly Jr, G. S., Barnett, D. J., Sperry, N. L., & Links, J. M. (2010). The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *International journal of emergency mental health*, 12(1), 21-31.

Hammad, K. S., Arbon, P., & Gebbie, K. M. (2011). Emergency nurses and disaster response: an exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(2), 87-94.

Harville, E. W., Giarratano, G., Savage, J., Barcelona de Mendoza, V., & Zotkiewicz, T. (2015). Birth outcomes in a disaster recovery environment: New Orleans women after Katrina. *Maternal and child health journal*, 19, 2512-2522.

Hassmiller, S. B., & Wakefield, M. K. (2022). The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity. *Nursing Outlook*, 70(6), S1-S9.

Hsu, E. B., Thomas, T. L., Bass, E. B., Whyne, D., Kelen, G. D., & Green, G. B. (2006). Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC medical education*, 6(1), 1-9.

Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nurse education in practice*, 4(1), 69-76.

Kalanlar, B., & Kubilay, G. (2015). Afet hemşireliği eğitimi ve afet öncesinde afet hemşiresinin görevleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 77-85.

Kılıç, N., & Şimşek, N. (2019). The effects of psychological first aid training on disaster preparedness perception and self-efficacy. *Nurse education today*, 83, 104203.

Kleier, J. A., Krause, D., & Ogilby, T. (2018). Hurricane preparedness among elderly residents in South Florida. *Public health nursing*, 35(1), 3-9.

Lin, C. H., Tzeng, W. C., Chiang, L. C., Lee, M. S., & Chiang, S. L. (2023). Determinants of nurses' readiness for disaster response: A cross-sectional study. *Heliyon*, 9(10).

Loke, A. Y., & Fung, O. W. M. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: Implications for curriculum development and public health. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), 3289-3303.

Loke, A. Y., Guo, C., & Molassiotis, A. (2021). Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000–2019): A systematic review. *Nurse education today*, 99, 104809.

Matsuda, S., Yoshimura, H., & Kawachi, I. (2023). Impact of natural disaster on oral health: A scoping review. *Medicine*, 102(8), e33076-e33076.

Minami, H., & Young-Soo, S. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. *World Health Organization and International Council of Nurses*, Geneva, Switzerland, 66ss.

Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 65(3), 240-260.

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, 41, 127-150.

Nucifora, F., Langlieb, A. M., Siegal, E., Everly, G. S., & Kaminsky, M. (2007). Building resistance, resilience, and recovery in the wake of school and workplace violence. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1(S1), S33-S37.

Oflaz, F. (2008). Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 70-76.

Olchin, L., & Krutz, A. (2012). Nurses as first responders in a mass casualty: are you prepared? *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 19(2), 122-129.

Pang, S. M., Chan, S. S., & Cheng, Y. (2009). Pilot training program for developing disaster nursing competencies among undergraduate students in China. *Nursing & health sciences*, 11(4), 367-373.

Perrin, P. C., McCabe, O. L., Everly, G. S., & Links, J. M. (2009). Preparing for an influenza pandemic: mental health considerations. *Prehospital and disaster medicine*, 24(3), 223-230.

Ranse, J., & Lenson, S. (2012). Beyond a clinical role: nurses were psychosocial supporters, coordinators and problem solvers in the Black Saturday and Victorian bushfires in 2009. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(3), 156-163.

Seyedin, H., Dolatabadi, Z. A., & Rajabifard, F. (2015). Emergency nurses' requirements for disaster preparedness. *Trauma monthly*, 20(4).

Sheikhbardsiri, H., Yarmohammadian, M. H., Khankeh, H., Khademipour, G., Moradian, M. J., Rastegarfar, B., & Rastegar, M. R. (2020). An operational exercise for disaster assessment and emergency preparedness in south of Iran. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(5), 451-456.

Shinchi, K., Matsunaga, H., & Fukuyama, Y. (2019). Proposal of a model of disaster medical education for practical risk management and disaster nursing: the SINCHI education model. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(4), 438-441.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing: Disaster Nursing*. 6. Edition. MO: Mosby, St. Louis, 473-489.

Tzeng, W. C., Feng, H. P., Cheng, W. T., Lin, C. H., Chiang, L. C., Pai, L., & Lee, C. L. (2016). Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan: a cross-sectional study. *Nurse education today*, 47, 37-42.

Vatan, F., & Salur, D. (2010). Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 32-44.

Veenema, T. G. (2006). Expanding educational opportunities in disaster response and emergency preparedness for nurses. *Nursing education perspectives*, 27(2), 93-99.

Wakefield, M., Williams, D. R., & Le Menestrel, S. (2021). The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. *National Academy of Sciences*.

Weissbecker, I., Sephton, S. E., Martin, M. B., & Simpson, D. M. (2008). Psychological and physiological correlates of stress in children exposed to disaster: Current research and recommendations for intervention. *Children Youth and Environments*, 18(1), 30-70.

Wiltshire, A. (2006, March). Developing early warning systems: a checklist. In Proc. 3rd Int. Conf. Early Warning (EWC) (pp. 27-19).

Yan, Y. E., Turale, S., Stone, T., & Petrini, M. (2015). Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *International nursing review*, 62(3), 351-359.

Yan, Y. E., Turale, S., Stone, T., & Petrini, M. (2015). Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *International nursing review*, 62(3), 351-359.

Yıldız, M., Elkoca, A., Gomes, R. F., Yıldırım, M. S., Yılmaz, D. A., Solmaz, E., ... & Atay, M. E. (2023). Women's health belief levels towards breast cancer: Example of three countries. *Aegean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(1), 19-25.

BÖLÜM II

İnternette Oyun Oynama Bozukluğu ve Neden Olduğu Sorunlarla Başetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Esra KARABULUT¹
Fatma BOĞAN²

Giriş

Teknolojinin hızla gelişmesi sonucu hayatımıza giren internet, bilgisayar, telefon tablet benzeri teknolojik aletlerin, günlük yaşamımızı kolaylaştırma gibi bir yönü olsa da kullanım bozuklukları sonucunda meydana gelen patolojik rahatsızlıklar da görülmektedir. Son yıllarda özellikle pandeminin de ortaya çıkmasından sonra her yaş grubunda internette oyun oynama bozukluğu görülmektedir. DSM-V kriterlerinde, bağımlılık yapan bozukluklar kısmında yer alan ve sadece oyun oynamayı değil,

¹ Öğretim Görevlisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

² Öğretim Görevlisi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı

kumar siteleri, borsa ve alışveriş sitelerini de içeren, internette oyun oynama bozukluğu sorunu artık çok sık karşılaşılan bir sorun haline gelmiştir. Bozukluk haline gelmiş olan internette oyun oynama bulgusu, birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. İnternette oyun oynama bozukluğu belirtilerinden yola çıkarak gruplandırma yapıldığında; fiziksel, psikolojik, sosyal ve hukuki sorunlara yol açabileceği öngörülebilmektedir.

İnternette Oyun Oynama Bozukluğu

Doksanlı yıllarda hayatımıza girmeye başlamış olan teknolojik gelişmeler artık aktif olarak günlük yaşamın merkezinde yer almaktadır. Her geçen gün teknolojik aletlerin satışları artmakta, insanoğlunun teknolojik aletler ile olan bağı da daha da güçlenmektedir. Günlük ihtiyaçları karşılama şekli bile değişmiştir. Teknoloji ile yaşam şeklinin değiştiğine dair birkaç örnek vermek gerekirse; eğitimin online yürütülmesi, online bir bulut üzerinden işe gitmeden çalışılması, evdeki elektronik aletlerin evden uzaktayken kontrolünün sağlanması, temel gıda ve giyim gibi ihtiyaçların online alışveriş sitelerinden karşılanması, kitapların e-kitap olarak alınması gibi birçok örnek gösterilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; Karadağ, 2019). Bu örneklerle bakıldığında, günümüz yaşamını teknolojiden bağımsız görmek neredeyse imkansızdır.

Teknolojinin hayatımıza bu kadar yerleşmesinde işlerimizi hızlandırmasının da büyük etkisi vardır. İnsanoğlu fazla efor ve zaman kaybetmeden internet ve teknolojik aletler sayesinde birçok işini halledebilmektedir (Robert, 2015; Yengin, 2019). Tüm bu avantajlarının yanı sıra gün içerisinde zaman açısından bakıldığında, vaktinin çoğunu teknolojik aletlerin başında geçirmektedir. Bireyler önceleri bir ihtiyacı karşılamak için internet başında vakit geçirse de sonrasında boş zamanlarını doldurma ve eğlence gibi farklı alanlarda zaman geçirmeye başlamıştır. Bu durum ise günlük yaşamın sekteye uğraması gibi birçok problemi beraberinde getirmektedir. Bilgisayar, telefon gibi internet ağlarının karşısında geçirilen zamanın artmasıyla birlikte, bireyler tarafından üstlenilen rol ve sorumlulukların yerine getirilememesi, internete ayrılan zamanın

patolojik bir bozukluğa doğru gittiğine dair ilk belirtileri oluşturmaktadır (Yengin, 2019; Akkaş, 2019).

Hayatı kolaylaştıran internetin patolojik bir duruma gelmesi, aslında günümüz şartlarında karşılaşılması zor olmayan bir durumdur. İnternet çağı, internet bağımlılığını da beraberinde getirmiştir (Yengin, 2019; Akkaş, 2019). Bağımlılık; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “bir maddenin ruhsal, fiziksel ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen, alımına devam edilmesi, bırakma isteğine karşılık bırakılamaması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması” olarak açıklanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

İnternete karşı olan bağımlılık; DSM-V’te madde bağımlılığı başlığı altında, diğer bağımlılık yapan bozukluklar kısmında yer alan ve sadece oyun oynamayı değil, kumar siteleri, borsa ve alışveriş sitelerini de içeren, internette oyun oynama bozukluğu sorunu olarak yer almaktadır. İnternette oyun oynama bozukluğu, birey ve teknolojinin bir araya gelmesiyle başlayan internet, tablet, televizyon, cep telefonu ve sosyal medya unsurlarından herhangi birini aşırı kullanan, kullanmadığında yoksunluk belirtileri gösteren bağımlılık türüdür (Yengin, 2019; Köroğlu, 2013).

Her bağımlılık türünde olduğu gibi bireyler sahip oldukları alışkanlıkları karşıladıklarında bir rahatlama hissedebilirler, ancak fiziksel, sosyal, psikolojik ve mental sağlıkları bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir. Zaman içerisinde internete ayırdıkları vakte karşı tolerans geliştirmektedirler (Kamışlı, 2014; Mann ve ark., 2017).

Aile Üyeleri Tarafından İlk Fark Edilen İnternette Oyun Oynama Bozukluğu Belirtileri

- İnternette oyun oynama bozukluğunun belirtileri arasında;
- Teknolojinin bireyin düşünce ve davranışlarına hükmetmesi

- Kişinin teknolojiyi kullanmadığında psikolojik olarak gerilmesi
- Teknolojinin, bireyin sahip olduğu rol ve görevlerini yerine getiremeyecek şekilde engellemesi
- Teknoloji kullanımını azaltma konusunda çekinik olma
- Kişinin sahip olduğu heyecan seviyesini arttırmak için teknoloji kullanımını artırması
- Teknoloji kullandığı ve kullanmadığı dönemlerde ruhsal değişikliklerin görülmesi sayılabilmektedir (Robert, 2015; Akkaş, 2019).

İnternette Oyun Oynama Bozukluğu DSM-V Tanılaması

Aşağıdaki maddelerde en az beşinin, son bir yıllık süreçte görülmesi ile tanılama yapılabilmektedir.

1. İnternet oyunlarına (online oyunlar, alışveriş siteleri vb.) aşırı vakit ayırma, gününün çoğunu internet üzerindeki uğrası ile ilgili ne yapacağını düşünür,
2. İnternette uzaklaştığında tedirgin olma, anksiyete belirtileri gösterir,
3. İnternette başında geçirdiği vaktin giderek arttığı gözlenir,
4. İnternet oyunlarına katılmamak için başarısız girişimleri olur,
5. Daha önceden sahip olduğu sosyal aktivitelere karşı ilgisini yitirir,
6. Sosyal yönlerini körelttiğinin farkına varmasına karşın internette oyun oynamaya karşı koyamaz,
7. İnternette oyun oynama süresi hakkında yalan söyler,

8. Günlük hayatta karşılaştığı problemlerden kaçmak ya da rahatlamak amaçlı oyuna yönelir,
9. İnternette oyun oynamak uğruna önemli bir iş, ilişkisi ya da eğitim fırsatını kaçırır. Kariyerine zarar verir (Mann ve ark., 2017).

İnternette Oyun Oynama Bozukluğunun Neden Olduğu Sorunlar

İnternette oyun oynama bozukluğu belirtilerinden yola çıkarak gruplandırma yapıldığında; fiziksel, psikolojik sosyal ve hukuki sorunlara yol açabileceği öngörülebilmektedir.

Obezite ağımız hastalığı olmakla birlikte dijital bağımlılığında sonuçları arasında görülmektedir. Ayrıca sırt, boyun, karpal tünel sendromu, kas ve bağ ağrısı ile postural (duruş) bozukluklara yol açmaktadır. Dijital bağımlılığa sahip kişilerde uyku sorunlarına, yeme bozukluklarına, öz bakım düşüklüklerine, kişisel hijyen eksikliklerine, epileptik nöbetlere ve göz bozukluklarına neden olabilmektedir (Park ve ark., 2008; Tamer ve Koç, 2010).

İnternette oyun oynama bozukluğu fiziksel sorunların yanı sıra psikolojik sorunlara da neden olmaktadır. En sık karşımıza çıkan psikolojik sorunlar kaygı, üzüntü, yalnızlık ve depresyon düzeylerinin artması, hoşgörü eksikliğidir. Bununla birlikte internette oyun oynama bozukluğu sanal gerçeklik içerisinde kaybolmalarına ve gerçekliklerden uzaklaşabilmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca kişisel bilgi ve görüntülerin kolay ulaşılabilirliği kişilerin psikolojik bütünlüklerine de zarar verebilmektedir (Kelleci ve ark., 2009; Lam ve ark., 2009).

İnternette oyun oynama bozukluğu kişilerin birebir ve yüz yüze iletişimlerini de etkilemektedir. Bu iletişim aksaklıkları toplumsal yabancılaşma ve yalnızlaşma gibi sosyal problemlere neden olmaktadır. Dijital platformlarda kullanılan dilin de farklılaşması, aile ve sosyal alandaki iletişimi de zorlaştırmaktadır. Aileler bilgisayar ya da tabletleri yasaklama yoluna gitse de

günümüz çağında teknolojiye çok fazla ket vurulamamaktadır. Tüm bunlar aile içi iletişime zarar vermektedir (Karagülle ve Çaycı, 2014; Nalwa ve Anand, 2003).

Kişiler sanal ortamda eriştikleri platformlarda her konuda yorum yapabilme hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler. Ancak ortam ne kadar sanal da olsa yapılan hakaret ya da küfürler tamamen gerçektir. Böyle bir durumun hukuki bir getirisinin olduğu ne yazık ki gözden kaçmaktadır. Ayrıca teknoloji aracılığı ile bireylerin kişisel bilgilerine izinsiz ulaşmak ve yaymak, kişisel bilgilerin gizliliği kanunu gereğince suç sayılmaktadır. Bu durumdan habersiz olan çocuklar ve gençler her geçen gün suç işlemeye devam etmektedirler (Canbek ve Sagioglu, 2007; Aksu ve ark., 2022).

İnternette Oyun Oynama Bozukluğunun Neden Olduğu Sorunlarla Başetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

İnternette oyun oynama bozukluğu olan hastaların internet başında geçirdikleri süre, sosyal destekleri, aile kavramı, var olan stresörleri, geçmiş yaşantısı ve sorunlarla nasıl baş ettiği, kendine yönelik dürüstlük derecesi, yaşam değişikliklerindeki motivasyonu, destek sistemleri, destek sistemlerine dâhil olma gibi faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. İnternette oyun oynama bozukluğu olan bireylerde tekrarlayan oyun oynama davranışı görülebilmektedir. Hemşireler bu açıdan umutlu ve destekleyici olmalıdır (Aksu ve ark., 2022; Sunah ve Dabok, 2019).

Hastanın tutumu ve davranışlarına göre gerçekçi hedefler belirlemeli ve hemşirelik bakım planını oluşturmaktadır. Yoksunluk semptomları ile baş edebilen, bu bozukluğun bir süreç olduğunu kabul eden, destek sistemlerinden yararlanabilen, gerçekçi hedefler belirleyen, gelecek planları yapan, duygularını ifade eden ve olumsuz duyguların (suçluluk, kızgınlık, yalnızlık, utanma gibi) ve bağımlılığın neden olduğu sağlık sorunlarının azaldığını ifade eden hastaların, bağımlılıktan uzak bir hayata dönebilmeleri

hedeflenmelidir (Sunah ve Dabok, 2019; Schneider ve ark., 2018; Denizci Nazlıgöl ve ark., 2018).

İnternette oyun oynama bozukluğunun neden olduğu fiziksel rahatsızlıkları azaltmak için bireye spor alışkanlığı edindirilmelidir. Sosyal ortamı ile spor yapılan alanın ortak olması, bireyin hem sosyal ihtiyaçlarının hem de sağlığına yönelik şikâyetlerin azalmasına neden olmaktadır. Sağlık sorunları azalmış ve arkadaşlık ilişkileri kurmuş bir bireyin, internet yönelimi daha azalmıştır. Sosyal ilişkilerinin düzenlenmesi, bağımlılık sorunu yaşayan bireyin ilişkilerinde daha empatik ve iletişime açık olmasını da sağlamaktadır (Aksu ve ark., 2022; Schneider ve ark., 2018).

Hastaların anksiyete, stres gibi durumlarda olumlu baş etme stratejileri geliştirmesi önemlidir. Geliştirilen bu stratejilerin bireyin kendini yalnız hissettiğinde ve internette oyun oynamaya iten durumlara karşı kullanabilmelerini sağlamak hemşirenin klinik ortamda hedefleri arasında yer almalıdır. Bireyler klinikte tedavi almadıkları süreçlerde evlerinde ziyaret edilerek desteklenmelidir (Denizci Nazlıgöl ve ark., 2018; Vayisoglu ve ark., 2021; Gallegos ve ark., 2021).

Sosyal destek eksikliğinden ya da yalnızlıktan kaynaklı internette oyun oynamaya yönelen bireylerin, sosyal yaşamda bireylerle arkadaşlık kurması planlanmalıdır. Arkadaşları ile sosyal ortamlarda daha fazla zaman ayırması için teşvik edilmeli ve sosyal aktivitelere yönlendirilmesi sağlanmalıdır (Vayisoglu ve ark., 2021; Johnson ve Edwards, 2020).

İnternette oyun oynama bozukluğu olan bireyin internete giriş ve çıkış saatleri için çizelge yapılmalıdır. İnternete bağlanma konusunda zaman kısıtlaması getirilmeli ve internet takip defteri oluşturulmalıdır. İnternete bağlandığı süreçlerde hissettikleri not edilmelidir. Aile terapisi kullanılarak aile ile birlikte vakit geçirmesi sağlanmalıdır. Bu süreçte aileye de internet bağımlılığı ve yapılması gerekenler hakkında eğitim verilmelidir. Eğer okul dönemindeki bir öğrenci ise okul yönetimi ve öğretmenleri ile iş birliği yapılarak okuldan kaçması önlenmeli ve takibi sağlanmalıdır. Öğrencilerde

okul performansının değerlendirilmesi yapılmalı ve okula devam durumu takip edilmelidir (Gallegos ve ark., 2021; Johnson ve Edwards, 2020).

Sonuç ve Öneriler

Özellikle son yıllarda dünyayı etkisi altına alan pandemi nedeniyle eve kapanmalar ve dijital platformlarda vakit geçirme süresi daha da artmıştır. İnternette oyun oynama bozukluğu günümüz teknolojisinin getirisi gibi görünse de aslında bunu kontrol altına almak için yapılabilecek etkinlikler mevcuttur. En çok önerilen ise aktivitelerin arttırılmasıdır. Bireylerin yaş gruplarına uygun aktivitelerin planlanması, gün içerisinde gerçek hayata daha çok vakit ayırmaları, spor ve egzersize yönlendirilmeleri, aile ve çocuk için destek ve terapi gruplarına dahil edilmeleri, sosyal etkileşimini arttırabilecek planlamaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca teknolojinin gereklilikler doğrultusunda doğru kullanımıyla ilgili bilgilendirmeler her yaş grubu dahil edilerek yapılmalıdır. Dijital platformlarda yapılan aktivitelerin nasıl hukuki sonuçlar doğuracağına dair açıklamalar getirilmelidir. Okul çağı bireylerde ise okul yönetimi ve öğretmenleri ile iş birliği yapılarak okuldaki kaçması önlenmeli ve takibi sağlanmalıdır. Öğrencilerde okul performansının değerlendirilmesi yapılmalı ve okula devam durumu takip edilmelidir.

Kaynakça

Aksu MH, Yığman F, Ekici E. (2022) İnternette Oyun Oynama Bozukluğu Belirtileri Olan Genç Erişkinlerde Agresyon ve Başa Çıkma Stratejileri. Sağlık Bilimlerinde Değer. 12(2): 199-202

Akkaş İ. (2019). Teknoloji Bağımlılığı. İstanbul: Salon Yayınları.

Canbek G, Sagioglu S. (2007) Çocukların ve Gençlerin Bilgisayar ve İnternet Güvenliği. Journal of Polytechnic; 10:33-39.

Denizci Nazlıgöl M, Baş S, Akyüz Z, Yorulmaz O. (2018). İnternette oyun oynama bozukluğu ve tedavi yaklaşımları: Sistematik bir gözden geçirme. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 5, 13–35. <http://dx.doi.org/10.15805/addicta.2018.5.1.0018>

Dinçer S, Mavasoglu M, Mavaşoğlu F. (2014). Üniversite öğrencilerinin İnternet kullanımlarının sosyal yaşamları üzerine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 33:145-157

Gallegos C, Connor K, Zuba L. (2021) Addressing internet gaming disorder in children and adolescents. Nursing 51(12):p 34-38, December. | DOI: 10.1097/01.NURSE.0000800088.75612.0f

Johnson JL, Edwards PM. (2020) Youth Gaming Addiction: Implications for School Nurses. NASN School Nurse. 35(5):284-289. doi:10.1177/1942602X19888615

Kamışlı S: Öz F, Demiralp M. (editörler). (2014): Madde Kötüye Kullanım Problemleri. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı, 3. Baskı Akademisyen Tıp Kitapevi, s.231-272.

Karadağ, G. H., (2019), “Dijital Hastalıklar”, Gökmen-Karadağ H. (Ed.) İstanbul: Der Yayınları.

Karagülle AE, Çaycı B. (2014). Ağ Toplumunda Sosyalleşme ve Yabancılaşma. The Turkish Online Journal of Design Art and Communication (TOJDAC) (4):1-9. 60

Kelleci M, Güler N, Sezer H, Gölbaş Z. (2009) Lise Öğrencilerinde İnternet Kullanma Süresinin Cinsiyet ve Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 8(3).

Köroğlu E. (2013): DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. HYB Yayıncılık.

Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. (2009) The association between internet addiction and selfinjurious behaviour among adolescents. Injury Prevention.15(6):403-408.

Mann KF, Kiefer F, Schellekens AFA, Dom G. (2017) Behavioural addictions: Classification and consequences. (44):187-188.

Nalwa K, Anand AP. (2003) Internet Addiction in Students: A Cause of Concern. CyberPsychology & Behavior. 6(6):653-656.

Park SK, Kim JY, Cho C. (2008) Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. Adolescence. 43:895-909

Robert J. (2015) Başka Bir Teknoloji Mümkün (Tayfun Özkaya Çev.). İstanbul, Yeni İnsan Yayınevi

Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. (2018) Maladaptive Coping Styles in Adolescents with Internet Gaming Disorder Symptoms. Int J Ment Health Addiction 16, 905–916. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9756-9>

Sunah Kim & Dabok Noh (2019) The Current Status of Psychological Intervention Research for Internet Addiction and Internet Gaming Disorder, Issues in Mental Health Nursing, 40:4, 335-341, DOI: 10.1080/01612840.2018.1534910

Tamer S. L. ve Koç M. (2010) Bilgisayar laboratuvarlarının fiziksel ergonomik kriterler açısından değerlendirilmesi: Süleyman Demirel Üniversitesi örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.7(1).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020) Bağımlılık Nedir? <https://alo191.saglik.gov.tr/TR-21183/bagimlilik-nedir.html> (Erişim Tarihi: 07.09.2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2019), “Davranışsal Bağımlılıklar ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2019-2023”, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/eylem_plani/Davranissal_Bagimlilikler_Ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani_2019-2023.pdf

Yengin, D. (2019). Teknoloji bağımlılığı olarak İnternette oyun oynama bozukluğu. The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication – TOJDAC, 9(2), 130-144. doi: 10.7456/10902100/007

Vayisoglu S, Mutlu M, Oncu E. (2021) Internet Gaming Disorder in Children and Associated Factors and Parents' Opinions. Journal of Addictions Nursing, September 17. DOI: 10.1097/JAN.0000000000000425

BÖLÜM III

Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar: Bir Gözden Geçirme

Merve ÇELİK¹
Didem AYHAN²

Kardiyovasküler Hastalıkların ve Ruh Sağlığı

Kardiyovasküler sistem ile psişik yapı arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Kardiyovasküler hastalılar (KVH) ile psikiyatrik bozukluklar birbirini çift yönlü etkiler. Kardiyovasküler hastalıklar psikopatoloji nedeniyle etkilenebildikleri gibi, kardiyovasküler bir hastalığın ortaya çıkması da psikopatoloji de bireyde ortaya çıkabilir (Borgi, ve ark., 2023). Bir birey kalbinden rahatsızlandığı zaman onu en çok etkileyen ve ruh halinde değişimler meydana getiren sebep

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Orcid: 0000-0002-6144-9974

² Doç. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Hemşirelik, Orcid: 0000-0001-6687-6564

ölüm korkusudur (Albarqouni ve ark., 2016). Örnek olarak mide ülseri olan bir bireye göre kalp hastası olan bir birey kendisini doğal olarak ölüme daha yakın hisseder. Sadece bundan ibaret de değildir. Kalp sorunları bireyde yeterli olma ve değerli olma duygusunu köreltebilir. Çünkü birey yaşam amacını sorgular, kendi kendine yetmediği düşünceleri ile boğuşur ve cinselliğinin tehdit altına girdiğini düşünür. Birey hastalığından sonra neler yapabileceğinden çok neler yapamayacağı konusunda endişelenir (Küçük, 2007). Toplumsal rolü karşısında yeterli olamayacağı, eksik kalacağını düşünerek kaygılanır. Hasta hastaneye yattığı zaman ve zamanını hastanede geçirdiği için de ruh halinde değişiklik gözlenebilir. Bu halde birey, yaşamını tehlike altında ve güvensizlik duygusuna kapılabilir. Bu da bireyde önemli bir risk faktörü olan stresin artmasına yol açar. Böylece hastanın iyileşmesi olması gerekenden daha fazla zamana alır (Borgi ve ark., 2023; Chaddha ve ark., 2016; Xu ve ark., 2022).

Birçok çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerde psikiyatrik semptomatoloji insidansının yüksek olduğu görülmüştür (Celano ve ark., 2016; Davies ve Allgulander, 2013; Glassman, 2008; Huffman ve ark., 2023). Psikiyatrik semptomlar arasında depresyon ve anksiyete ise en sık gözlenenler arasındadır. Depresyon, KVH gelişimine katkıda bulunan ve ilerlemesini hızlandırabilen davranışsal ve fizyolojik değişikliklere neden olur (Figueredo, 2009; Rozanski ve ark., 1999). Kardiyovasküler hastalıklar bazı hastalarda motivasyon kaybına yol açarak depresif semptomlar göstermektedir. Bu semptomlar hastanın tedavi protokolüne (ilaç, diyet, egzersiz vb.) uyumunu bozmaktadır. Bazı hastalar ise sigaraya tekrar başlamak, alkol kullanmak, yüksek kolesterolü beslenme tarzını benimsemek gibi kendilerine zarar verici tutumlar göstermektedir. Kardiyovasküler hastalık sonrası depresyonda yaşanan bir durumdur. Bu tutumların alt metninde ise çoğunlukla hastaların ölüme yakın hissedip kalan zamanlarını kendilerini sıkıntıya sokmadan, gönüllerince yaşamak isteği yatmaktadır (Bayrak ve ark., 2019). Otonom sinir sisteminin aktivasyonu, hormonal bozukluklar, metabolik bozukluklar,

inflamasyon, hiper pıhtılaşma, artmış trombosit agregasyonu ve endotel disfonksiyonu gibi fizyolojik faktörler, psikososyal faktörler ile KVH arasında aracı görevi görebilir. Kalp hastalığı olan hastalarda bildirilen depresyon prevalansı oldukça değişkendir (Cooney ve ark., 2013; Thombs vd. 2008). Akut miyokard enfarktüsü (AMI) sonrasında hastanede yatan hastaların üçte ikisinde hafif depresyon formlarının bulunduğu uzun zamandır bilinmektedir (Cay ve ark., 1972). Majör depresyon ise genellikle KVH hastalarının ~%15'inde bulunmaktadır (Colquhoun ve ark., 2013). Bu yaygınlık genel nüfusta bulunanın iki ila üç katından fazladır, ancak belki de genel nüfus için tahmin edilen yaşam boyu yaygınlıktan çok daha yüksek değildir (Kessler ve ark., 2003). Kronik kalp yetmezliği (KKY) hastalarında daha da yaygındır; genellikle %20'nin üzerindedir; prevalans, fonksiyonel sınıfın ciddiyeti ile ilişkilidir; asemptomatik hastalarda %10'dan ciddi fonksiyonel bozukluğu olanlarda %40'a kadar değiştiği görülür (Rutledge ve ark., 2006). KKY hastalarında depresyon aynı zamanda mortalitenin ve yeniden hastaneye yatışın bağımsız bir belirleyicisidir (Jiang ve ark., 2001). İmplant edilebilir kardiyoverter defibrilatör alındıktan iki yıl sonra, hastaların dörtte birinden fazlası depresyona girmekte olup; daha fazla şok yaşayan hastaların depresyona girme olasılığı önemli ölçüde artar (Suzuki ve ark., 2010). Ortalama olarak, hastaların %15-20'sinin koroner arter baypas ameliyatından sonra majör depresyona girdiği ve muhtemelen diğer %15'inin de hafif depresyon veya önemli ölçüde depresif ruh hali yaşadığı görülmektedir (Tully ve Baker, 2012).

Başka bir alt metni ise bireyin kendini hasta olmadığına ikna etme çabasıdır. Bazı bireylerde ise Kardiyak Nöroz ve Hipokondri gelişimi görülmektedir. Bu bireyler hastalıklarından sonra bütün odaklarını kalplerine çevirirler ve artık onlar için sadece bu hastalık vardır hayatlarında. Başlarına gelen en ufak şeyde hastanelere koşarak alakalı-alakasız bütün durumlarda hastalıklarından şüphelenirler. Bu kaygılı durum hastadan hastaya değişerek zamanla geçer. Anksiyete bozuklukları sıklıkla KVH'ye eşlik eder ve bunları kardiyak fonksiyonel sendromlar şeklinde taklit edebilir.

Kardiyolojide duygudurum ve anksiyete bozuklukları KVH tedavisini etkileyen önemli faktörlerdir. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları prevalansı genel popülasyona göre iki kat daha yüksek olabilir (%35). Üstelik KVH'dan muzdarip hastalarda prevalans %40'a kadar çıkmaktadır (Małyszczak ve Szechiński, 2004; Todaro ve ark., 2007). Tully ve arkadaşları iskemik kalp hastalığında anksiyete ile ilgili 4000'den fazla araştırma makalesinden oluşan bir veri tabanından seçilen 43 çalışmaya dayanan bir meta-analiz gerçekleştirmiştir. Bu çalışma ile yazarlar anksiyete bozuklukları ile ciddi kardiyovasküler olaylar arasındaki ilişkiyi değerlendirdiler. Panik bozuklukları, agorafobi, sosyal anksiyete bozukluğu veya obsesif kompulsif bozuklukların ciddi kardiyovasküler olaylar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak genel anksiyete bozukluğu, ayaktan tedavi gören hastalarda majör olumsuz kardiyak olay olasılığının artmasıyla anlamlı düzeyde ilişkilidir. Yazarlar bunu, genel kaygıya eşlik eden huzursuzluk ve psikolojik stresin artan stres tepkisi üzerindeki uzun vadeli etkisinin bir sonucu olarak tanımlamışlardır (Tully ve ark., 2014). Başka bir çalışmada ise 5750 hastadan toplanan verileri kullanarak 20 araştırma makalesine dayanarak anksiyetenin MI sonrası mortalite üzerindeki etkisine ilişkin bir meta-analiz yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre anksiyeteden yakınan hastalar, anksiyetesi olmayan hastalara göre daha kötü klinik sonuçlara sahiptir (Roest ve ark., 2010).

Chamberlain vd. (2011), anksiyete ve depresyonun KVH'li hastaların mortalitesi üzerindeki etkisine ilişkin ayrıntılı bir analiz gerçekleştirmişlerdir. Çalışmalarına MI sonrası ve KY'li 799 hasta dahil edilmiş ve yaklaşık 6 yıl gözlemlenmiştir. Bu hastaların sırasıyla 282'sinde (%35) ve 210'unda (%26) depresyon ve anksiyetede artış gözlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre anksiyete hastaneye kaldırılma riskinin arttırmaktadır. Depresyon ayrıca tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarında da artışa yol açmıştır. Depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi hastaneye yatma riskini artırmakta ancak mortalite riskini etkilememektedir.

Seldenrijk vd. (2015), altı yıllık bir gözlem periyodu boyunca KVVH'sı olmayan 2510 kişi üzerinde yaptıkları kohort çalışmasında kişilerin 106'sında (%4,2) KVVH geliştiğini ifade etmektedirler. Depresyon ve anksiyetenin birlikte veya yalnızca depresyon ortaya çıkan kişilerde KVVH gelişme riski yüksek bulmuşlardır. Tek başına anksiyete ve remisyondaki hastalıklar KVVH ile ilişkili değildi. Semptomların alevlenmesi KVVH insidansını artırmaktadır. Gözlemsel alışmalar, depresyonun yalnızca KVVH insidansını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda KVVH yks olan hastalarda kardiyak ilişkili lme yol açan olay riskini de artırdığını ortaya çıkarmaktadır. 11 kohort çalışmasının meta-analizi, depresyonun lmcl MI, lmcl olmayan MI ve iskemik kalp hastalığı gelişimi riskinde %64 oranında artışla ilişkili olduğunu buldu. Depresyonlu hasta alt grubunda koroner kalp hastalığı (KKH) insidansı, klinik depresyonu olmayan hastalara göre neredeyse üç kat daha yüksekti (Rugulies, 2002). MI, Koroner Arter Bypass Grefti (KABG), perkütan anjiyoplasti veya koroner anjiyografiden sonraki iki yıl içinde depresyondan muzdarip bireylerde ölüm ve diğer olumsuz kardiyovasküler olay riski iki kat daha yüksektir (Barth ve ark., 2004; Van Melle ve ark., 2004).

Bu hastaların yeterli tedaviyi görmesi kardiyovasküler hastalıklarının ilerlemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kişilerin oluşturduğu kaygılı ve stresli ruh hali psikiyatri ile iş birliği içinde izlenmelidir. Sonuç olarak kardiyovasküler semptomlarında görülen psişik semptomların dikkatle araştırılarak tedavi edilmesinin hastanın durumu için çok önemli olduğunu görmekteyiz.

Kardiyovasküler Hastalıkların Psikososyal Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalarda risk faktörü oldukça fazladır. Sadece psikososyal risk faktörlerine baktığımızda bile oldukça çok etmen bulunmaktadır (Mesa-Vieira ve ark., 2021). Bireylerdeki düşük sosyo- ekonomik durum risk faktörleri arasındadır. rnek vermek gerekirse bireyin en başta eğitim seviyesi, kariyerindeki pozisyonu, gelir seviyesi, toplum arasındaki yeri yaşam kalitesini belirlemede ve hastalığın önemli bir riski haline gelmektedir. Bu

bağlamda bireyin yaşadığı bölge bile risk faktörü olarak gösterilebilir. Birey yaşam üzerinde otokontrol hissinde eksiklik yaşar ve bu da bireyi depresyona götürür (Mesa-Vieira ve ark., 2021; Varghese ve ark., 2016; Williams ve Littman, 1996). INTERHEART vaka kontrol çalışmasına göre psikososyal faktörler kalp krizi riskini 3 kat arttırmaktadır (Rosengren ve ark., 2004). Birey kendisini çevreleyen insanlarla iletişim kopukluğu yaşıyorsa ve sosyal olarak kendisini eksik hissediyorsa bu da risk faktörleri arasına girer. Kişi çevresinden yeteri kadar destek alamazsa bu onun ruh halini etkiler. Bunun yoksunluğu ne kadar fazla hissedilirse ruh hali de o kadar fazla hissedilir ve en sonunda sağlık sorunlarına yol açar. Daha az sosyal destek alan bireyler kendilerini depresif ve stresli hissederler (Figueredo, 2009; Krittanawong ve ark., 2004; Seldenrijk ve ark., 2016).

Herkes gibi kardiyovasküler hastalığı olan bireyler de hayatın içinde ve bir akışa sahipler. Bu akış ve tempo içerisinde hastaların iş ve aile hayatında yaşadığı stres de kardiyovasküler hastalıklara sebep olmaktadır. Birey iş hayatında ekip arkadaşlarından yeteri kadar destek alamazsa, iletişimlerinde problem varsa, kendini isteyken baskı altında veya yetersiz hissediyorsa bu bireyde stres yaratacaktır. İş stresi taşıkardi ve kan basıncının artmasına neden olur. Uzun çalışma saatlerine sahip olan bireylerde de kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. Aynı zamanda aile problemleri yaşayan kişilerde, özellikle evlilik stresi yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır (Borgi ve ark., 2023; Çay ve ark., 1972; Roest ve ark., 2010; Varghese ve ark., 2016).

Bir diğer risk faktörü bireylerin kişilik özellikleridir. Bireylerin karşılaştığı durum, olay ve insanlara karşı tutumu da hem çevresiyle olan ilişkilerini hem de kişinin ruh sağlığını etkilemektedir. Kişilik hayatımıza yön veren en önemli faktördür. Yaşamak istediğimiz hayatı buna göre seçeriz. Mesleğimiz, insan ilişkilerimiz, aile hayatımız ve daha birçok alandaki kararlarımıza kişiliğimiz ile yön veririz. Bu seçtiğimiz hayat tarzı ise bizim yaşam kalitemizi belirleyerek ruhsal olarak bizi derinden etkiler (Gupta ve

ark.,2011). Kardiyovasküler hastalıklar üzerinde en çok etkisi görülen iki kişilik tipi bulunmaktadır: Tip A ve Tip D.

Tip A kişilik yapısı kardiyovasküler hastalık üzerinde önemli bir risk faktörüdür. Bu kişilik yapısı; sinirli, özgüvensiz, pozitif olamayan, acele eden, insanlarla bağ kurmada zayıf bir kişilik yapısıdır (Allen, 1992; Schwalbe, 1990). Tip D kişilik yapısına sahip olan bireyler ise depresif, endişeli, ümitsiz, umutsuz, sosyal bağlarda zayıf kişilerdir. Hem kendilerine karşı hem de çevresindeki insanlara karşı olumsuz yaklaşırlar. Kendilerini her zaman güvensiz hissederler (Kupper ve Denollet, 2018). Kişilik özelliklerinin de sağlığını önemli miktarda etkilediği anlaşılmaktadır.

Yenilenen dünyadaki küreselleşme ve kentleşme de bireyin yaşam tarzını büyük ölçüde değiştirmektedir. Aynı zamanda kronik hastalık riski, bulaşıcı hastalıklardan zayıflamış bağışıklık sistemi gibi risk faktörleri morbidite ve mortalitede önemli bir rol oynar (Francula-Zaninovic ve Nola 2018). Şehirlerde yaşayan bireylerde yetersiz beslenme, yetersiz kişisel alan, hava, su, toprak ve gürültü kirliliği kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (Fiuza-Luces ve ark., 2018; Kupcikova ve ark., 2021). Bireyler ruhsal ve fiziksel hastalıklardan korunabilmek, iyileşebilmek ve rehabilite olabilmek için yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Risk faktörlerini mantık süzgecinden geçirebilmek, bunlara karşı koruyucu önlemler alabilmek ve hayatındaki problemlerle başa çıkabilmek için risk faktörlerinin farkında olmalıdırlar.

Kalp Hastalarındaki Depresyon ve Anksiyete Sebepleri

Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerde zorlanma ve çaresizlik, duruma müdahale edememe hisleri eşlik eder. Kardiyovasküler hastalıklar hastanın hayat kalitesini, fiziksel hareketlerini büyük ölçüde değiştirmektedir. Hayatının aniden değişmesi bireylerde stres yaratmaktadır. Sigara, alkol, aşırı karbonhidrat gibi alışkanlıkların bırakılması ve yerine diyet, spor gibi alışkanlıkların kazanılması gerekmektedir (Hare ve ark., 2014). Alışkanlıkların kazanılması da bırakılması da bireyler için yeterince

stresli ve zordur. Bireylerde fiziksel kapasitenin azalması sonucunda iş yerinde, aile hayatında ve sosyal hayatında sorunlar baş gösterir. Birdenbire değişen bu düzenden dolayı birey varoluşsal sancılara yönelebilir. Kendisini ve hayatının yaşamaya değer olup olmadığını sorgulamaya başlayabilir (Chamberlain vd. 2011; Glassman, 2008; Mesa-Vieira ve ark., 2021; Rugulies, 2002).

Birey hastalığından önceki yaşamına ve hedeflerine bakıp aniden yaşadığı değişimi de göz önüne aldığı zaman hayatının eskisi gibi olamayacağı ve hedeflerini gerçekleştiremeyeceği konusunda endişeye kapılabilir (Seldenrijk ve ark., 2015; Tully ve Baker 2012). Bunların yanında birey hastalığından önceki hayatına dair suçluluk hissedebilir. Bu gibi durumlar bireylerin daha depresif olmasına, hafif düzeyden şiddetli depresyona kadar farklı düzeylerde semptomlar göstermesine yol açar (Kessler ve ark., 2003). Birey hastalığıyla ve onun getirdiği zorluklarla baş etme yöntemlerine sahip değilse büyük bir buhran dönemine girerek ruhsal bozukluklar yaşayabilir.

Kalp hastalıklarına bağlı ölüm oranları her geçen gün artarken birey geçirdiği rahatsızlıktan sonra ölüm korkusuna kapılabilir (Albarqouni ve ark., 2016). Bu nedenle de anksiyete yaşayabilir. Birey yaşadığı ölüm korkusundan dolayı kendisini dış dünyaya kapatabilir. Kendisini soyutlayan ve yalnızlaştıran birey olumsuz düşüncelerine yoğunlaşır ve depresif semptomlar gösterir (Figueredo, 2009). Birey hastalığının tekrarlayacağı korkusuyla günlerini geçirir. Bu gibi düşünceler iyileşmeyi uzatır ve depresyon, anksiyete gibi ciddi ruhsal bozukluklar ortaya çıkarır (Chaddha ve ark., 2016).

Psikososyal Müdahaleler

Bireylere müdahale ederken ilk yapmamız gereken tanı koymak için hasta ile sözlü temasa geçmektir. Hastaya belirli sorular sorarak psikolojik tanılama yapılmalıdır. Bu müdahaleler ile hastanın sosyal hayatına devam edebilmesi, çevresine uyumlu bir şekilde dönüş yapabilmesi hedeflenir. Hastanın yaşam kalitesi

yükseltilmeli ve hasta benliğine geri dönebilmelidir. Hastaya psikoterapi uygulanmalı ve stresle nasıl başa çıkacağı hakkında bilgilendirmelidir. Doktor kontrolünde gerekirse ilaçlı tedaviye de başlatılabilir.

Kardiyak Rehabilitasyon: kardiyak olayların zararlı duygusal, psikososyal ve fiziksel etkilerini büyük ölçüde azaltmak ve uzun vadeli ikincil korunma için model oluşturmak için kalp hastalarının kapsamlı yönetiminin önemli bir bileşenidir (Hare ve ark., 1995; Hare ve ark., 2014). Bu uygulamanın hedefi ise hastaların sosyal, fiziksel ve mesleki açıdan en iyi hallerine gelebilmeleridir. Öncelikle bu rehabilitasyonun planlaması hastanedeki belirli yetkililerin iş birliği içinde planlama yapmasıyla başlar. Daha sonra hastanın vital bulguları kontrol edilir ve hasta egzersiz programına alınır. Fizyoterapist eşliğinde egzersizler yapılarak program tamamlanır ve hastadan evinde döndüğü zaman da aynı egzersizleri tekrar etmesi istenir. Bu uygulama ile hastaların yaşam kalitesinde ciddi bir artış olur (McMahon ve ark., 2017).

Bilişsel Davranışçı Terapi ise kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerdeki olumsuz yönde oluşan koşullanmayı değiştirmeyi amaçlar. Bu terapi işlevsiz olan ve bireye iyi gelmeyen olumsuz düşüncelerin yerine gerçekçi düşüncelerin yerleşmesini sağlar. Birey bu terapiyle birlikte durumuyla başa çıkmayı öğrenir (Beck ve Dozois 2011).

Sorun Çözme Terapisi de hastalara yardımcı olan ve depresyonu atlatmalarına yardımcı olan bir terapi yöntemidir. Bireylerin karşılaştıkları zorluklar ile nasıl başa çıkacaklarını öğreten çözüm odaklı bir terapidir. Bireylerin bu zorlukların ve engellerin üstesinden gelmek için başvuracağı stratejileri, teknikleri öğretir. Bu şekilde hastalar sorunlarını görmezden gelmeyerek yüzleşirler ve krizi fırsata nasıl çevirecekleri hakkında bilgi sahibi olurlar. Ayrıca stresle başa çıkma stratejileri de bulunmaktadır. Bu stratejiler ile birey alışkanlıklarını, fiziksel ve psikolojik halini ve davranışlarını kontrol altına alabilir. Vücut ve solunum egzersizleri, meditasyon, gevşeme, diyet, çevreden destek alma, sosyalleşme,

sportif bir hayat tarzını benimseme, zaman ve mekân yönetimini iyi yapabilme, inandığı şeylere yönelme gibi stratejiler bireye stresle başa çıkmada yardımcı olur (Bell ve D'Zurilla, 2009; Hare ve ark., 2014).

Bireyin bu terapi yöntemleri ile farkındalık kazanması gerekir. Farkındalık kazandıktan sonra hem kendi bedeninde hem de ruh sağlığı üzerinde otokontrol sağlayabilecek düzeye gelir. Bunların yanında kardiyoloji ekibinin de farkındalık sahibi olması gerekir. Hastaya olabildiğince bilinçli ve dikkatli şekilde yaklaşılmalıdır.

Kardiyovasküler Hastalarda Beden Algısındaki Değişim

Beden imajı yaşıyoruz büyüdükçe ve tecrübelerimiz oluştuğça şekillenir. “Beden imajı” kavramı aslında “ben kavramı”nın bir bölümüdür. Bireyler beden sınırlarını büyüdükçe tanır ve çevrede hareket ederek beden sınırlarını tanır. Kardiyovasküler hastalıktan sonra birey çevresinde hareket etmeyerek beden sınırlarını kullanamaz ve beden algısı bozulur. Beden algısı bireyin kendi öz farkındalığı ve ösıygısı için son derece önemlidir. Bilinçli veya bilinçsiz olarak bireyin beden imajı gelişir (İyigün ve ark., 2017).

Bunlara bir bütün olarak bakıldığında normal bir beden imajı değişimi sıralaması aşağıdaki gibidir (Hosseini ve Padhy, 2023);

a) Süt Çocuğı: Burada birey henüz fiziksel beden imajına sahip değildir. Motor ve duyuşal iletiler ile iletişim kurar ve uyarılma ile beden imajını geliştirebilir. Çocuk ağız yolundan uyarılarak hoşlanma duygusunun farkına varır. Çocuğı karşı ne kadar fazla ilgi varsa çocuktaki güven de daha fazla olur.

b) Oyun Çocuğı: Çevre ile daha çok etkileşime girer ve boyu sürekli bir miktarda uzadığı için imajı sürekli değişir. Çocuk burada bedenini ve çevresini kontrol etmelidir. Bunu başarabildiğı oranda ve etrafındakilerin tepki, desteğıne bağılı olarak kendine olan güveni gelişir.

c) Adolesan Dönem: Bedensel olarak büyümenin en fazla olduğu dönemdir. Bu dönemde birey kendi bedeninin daha çok farkına varır ve diğer evrelere göre daha çok ilgilenir. Beden imajının değişiminden dolayı birey daha hassastır ve bu dönemi sağlıklı geçirip geçirmemesine bağlı olarak beden imajı ya tam olarak oturur ya da bozulur. Bunun için çevresinin kendisine yaptığı değerlendirmeler büyük önem taşır. Birçok birey bu dönemde kendi bedenini kabul eder ve sonunda erişkin imajını benimser.

d) Erişkinlik: Bu dönemde bedensel sınırlarının belirginliğinden dolayı kadın ve erkeklerin sınırları değişir. Erişkinlerin beden imajları ile kişilik, kimlik unsurları arasında etkileşim vardır. Beden imajını olumlu düşünen bireyler olumlu tutumlar sergilerler. Zamanla fiziksel görünümünün yaşlı imajına doğru değiştiğini düşünerek yaşam tarzlarını ona göre ayarlarlar.

e) Yaşlılık: Yaşlı bireyler psikolojik olarak ilgisizlik içine girerler. Takma diş, işitme cihazı, gözlük, baston, tekerlekli sandalye gibi aletlerin kullanımı beden imajının değişmesine yol açar. Cilt kırışıklıkları, yürümedeki yavaşlama, duruş değişikliği gibi diğer fiziksel değişimler de söz konusudur.

Hastaların geçirdiği cerrahi işlemin ani olup olmaması veya küçük bir işlem olup olmaması hastanın bedeni ile ilgili travma yaşamayacağı anlamına gelmez. Hastanın beden algısı değişir ve yaşam tarzı da bu cerrahi işleminden etkilenir (İyigün ve ark., 2017). Bireyler kardiyovasküler hastalık geçirdikten sonra kendilerinde güçsüzlük hissederler. Bunun yanı sıra uzun yürüyüşlerde göğüs ağrısı, egzersiz kapasitesinde azalma görülür. Hastalar spor yapmalıdır ama ağır sporları yapamayacakları için sadece hafif sporlar önerilir. Kısacası hastaların bedeni ağır işleri yapamaz hale gelir ve güçsüzleşirler (Erkal ve Pek, 2015; Hare ve ark., 2014).

Dolaşımın sindirimi ve gastroentolojik sistemi etkilemesinin bir sonucu olarak hastalar hazımsızlık çekerler. Yedikleri şeylerde iştahsız ve daha seçici olurlar. Dolayısıyla bireyler hastalık sonrası kilo verirler. Vücutlarına ağır gelen yemekler bireyleri rahatsız eder ve rahatsızlanmalarına yol açar (Cooney ve ark.,2013). Kilo kaybı

doğrudan görünüşü etkilemesiyle beden imajında değişikliklere yol açar.

Bazı bireylerde kardiyovasküler hastalık sonrası aşırı terleme gözlenmiştir. Hastalık öncesiyle karşılaştırıldığında hastalıklarından sonra daha fazla hatta aşırı terleme olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda hastalarda ödem olduğu görülmüştür. Hastalık sonrası ödem hastanın vücudunda görülüp bu da hastanın beden algısının değişmesine sebep olur. Bunun yanında hastalarda solunum sıkıntısı görüldüğü de belirtilmiştir. Hastalar kendilerini yoracak bir şey yapmasalar bile solunum sıkıntısı çekerler (Fiuza-Luces ve ark., 2018; Hare ve ark., 1995).

Hemşireler bu aşamada kişinin beden imajındaki değişiklikleri kabullenmesi ve farkına varması için hastaya destek çıkmalıdır. Tüm ekip üyeleri hastanın kendisini ifade edebilmesi için ona zaman tanınmalıdır. Bu durumda hemşireler hastayı cesaretlendirmelidir. Bu şekilde hasta beden imajındaki değişimi kabul eder ve tedavi süresi aksamadan tamamlanır (Erkal ve Pek, 2015).

Kardiyovasküler Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Korkusu ve Umutsuzluk Kavramı

İnsanlar hayatlarını umutlar üzerinde inşa ederler. Umutsuzluğa kapılan insanlar ise hayatını devam ettirmek için herhangi bir sebep göremezler. Umudu olan bireyler yaşamlarından olumlu anlamlar ve sonuçlar çıkarır. Kardiyovasküler hastalık sonrasında hastalarda umutsuzluk görülür ve hayatlarının anlamını kaybederler. Bu bireyler için olumlu anlamlar ve sonuçlar yerine hastalıklarıyla savaşıacağı bir hayat meydana vardır. Bundan dolayı hastalar karamsar bir tutum sergilerler (Dunn ve ark., 2017). Umutsuz hisseden hastaların iyileşmesinin diğer hastalara göre çok daha uzun sürdüğü gözlemlenmiştir (Chaddha ve ark., 2016).

Umutsuzluk yaşayan hastalar kendilerinden beklenen sağlık davranışlarını beklenen düzeyde gösteremezler. Bu beklenen sağlık davranışlarını ise hastalıktan önceki hayatlarından sağlıklarını

korumak için yaptıkları davranışlar, öz bakımlarıyla aynı şekilde ilgilenmek, diyet programlarına uymak, bireysel olarak kendilerini izlemek olarak tanımlanabilir. Hastalar bunlara uyum göstermedikleri takdirde hayat kalitelerini yükseltmeleri ve eski haline getirebilmeleri oldukça zordur (Hera ve ark., 2014). Bireylerin yaşadığı depresyon onarı kötü alışkanlıklara yönlendirebilir ve fiziksel bakımdan hareketsizliğe sürükleyebilir. Hastalar tedaviye karşı uyumsuz davranıp işleri hem kendileri hem aileleri hem de personeller için çok daha zorlaştırabilirler (Thombs ve ark., 2008). İleri derecedeki kalp hastalarının ölüme yakın semptomlar yaşamaya başladıklarını gözlemlenmiştir. Ölüme yakın hisseden hastalarda doğrusal olarak kaygı ve stres artar. Bu kaygı ve stresin semptomları ağırlaştırmak gibi getirileri vardır (Albarqouni ve ark., 2016; Cay ve ark., 1972; Mesa-Vieira ve ark., 2021).

Ölüm kaygısı ve umutsuzluk fiziksel hastalığın ilerlemesine neden olabilir. Hasta kontrol sorunları yaşar ve bunlar beraberinde daha çok stres getirir. Kalp hastalarında depresyon görülme sıklığı %15-36 arasında değişmekle beraber %77.5 gibi yüksek oranlara da çıkabilir. Yaşlı bireylerde ise depresif semptomlar %14-60 iken klinik görüşmelerde %14-39 oranlarına düştüğü belirtilmiştir (Bayrak ve ark., 2019). Birey kardiyovasküler hastalığından önceki hayatında zevk aldığı şeylerden artık zevk alamamaya başlar. Bunların sonucu olarak hastada anksiyete oluşur ve uyku bozukluğu, taşikardi, cinsel isteksizlik, yorgunluk, palpasyon, senkop, bulantı, sık idrar hissi, kabızlık, iştah bozukluğu, fiziksel ve ruhsal yorgunluk gibi belirtiler görülebilir (Jiang ve ark., 2001; Küçük, 2007). Bu bulgular normal hastalarda da görülebilir, depresyona giren hastalarda da görülebilir. Bu sebeple hastalara iyi bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerekir. Hemşireler hastaların duygu ve düşüncelerini açıklamaları için uygun ortamı hazırlamalıdır. Hastanın duygularını doğru ifade edebilmeleri için özgüvenleri desteklenmek ve hastalar kaygılarını düzgün ifade edebilmeli (Kavradım ve Özer, 2018).

Kardiyovasküler hastalık geçirdikten sonra hastalar inanmakta güçlük çeker. Bu durumda kaybını kavraması ve ağlamak

gibi tepkiler göstererek durumu kabullenmesi gerekir. Daha sonra hasta kaygılanarak hayatının belki de deęiőeceęinin farkına varıp bununla başa çıkması gerekir. Hem kendisi hem de çevresindekiler büyük bir üzüntü içinde olabilir ve bununla başa çıkmalıdır. Son olarak hasta değişim geçirdiğinin farkında olarak durumu benimsemelidir.

Hasta ve Ailenin Yaşam Tarzı Deęiőiklięine Uyumunu Sağlama

Kardiyovasküler hastalık sonrasında yaşam tarzı değişikliği komplikasyonların ve mortalitenin oranı azalmaktadır. Hastaların nerilen yaşam tarzı deęiőiklięini benimseyememe nedenleri arasında; akut dönem sonrası hastaneden kısa sürede taburcu olmaları, tedavinin nasıl devam ettiği, yaşam tarzı değişikliği ile ilgili konularda verilen bilgilerin yeterli düzeyde olmaması ve hastaların verilen bu bilgilere hazır olmaması gibi sebepler vardır. Hastada hem bilgi eksikliği hem de korku, kaygı gibi belirtiler varsa yaşam tarzı deęiőiklięini benimsemesi olumsuz yönde gerçekleşir (zdemir, 2017).

Kardiyovasküler hastalık sonrasında komplikasyonları önleyebilmek, hastanın psikososyal durumunu düzeltebilmek, belirtilerini azaltıp stresini yatıőtırabilmek için yaşam tarzına uyum sağlaması sağlanmalıdır (Rosengren ve ark., 2004). Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için, kendisini ve çevresinin özelliklerini tanınması için, bu özellikleri kullanmak ve gerektiği zaman yeni özelliklerini geliştirebilmesi için sağlıklı bir şekilde uyum sağlanmalıdır. Bireyin diyetine uyması, fiziksel etkinliğini arttırması ve sağlığı için kilo vermesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri hastalığına olan uyumunu göstermektedir (Varghese ve ark., 2016). Bunları yapmayan ve bazen de tam tersini yapan bireyler hastalığına uyum saęlayamamıő demektir.

Hastalığa uyum sağlamak ve yaşam tarzı deęiőiklięine gitmek için; hemşire-hasta görüőmeleri, taburcu olduktan sonra yapılan görüşmeler, hastalara yazılan motivasyon mektupları, motivasyonel telefon görüőmeleri ve planlı eğitim programları

büyük bir önem arz eder. Planlı eğitim programlarını hem hasta hem de ailesi birlikte almalıdır. Bunun için öğrenme ortamı ve öğrenmeye hazır olma durumu dikkate alınmalıdır. Yazılı eğitim materyalleri, video, görsel ve işitsel araç gereçler kullanılarak planlı eğitim programı gerçekleştirilmelidir (Küçük, 2007). Hem hasta hem de ailesi için en uygun hazır bulunurluk düzeyi iki tarafın da hastalığı kabul edip uyum sağladığı düzeydir (Kavradım ve Özer, 2018). Bu eğitim planında hastanın kendisinin ve ailesinin hastaya özbakımını ne derecede sağlayabileceklerine dair hemşirelik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Hemşire hastanın ve ailesinin eğitim düzeyini, daha önceki sağlık deneyimlerini, yaşlarını, mesleklerini, kültür ve geleneklerini dikkate alarak eğitim vermelidir. Bu eğitim hasta henüz hastaneden ayrılmadan, hala hastanedeyken başlar ve hasta taburcu olduktan sonra hemşirenin telefonla haberleşmesiyle veya ev ziyareti yapmasıyla devam eder. Bu sayede hastanın tekrar hastaneye yatması önlenmiş olur ve hasta normal hayatına daha çabuk adapte olur (Bayrak ve ark., 2019; Küçük, 2007).

Kaynaklar

Albarqouni, L., von Eisenhart Rothe, A., Ronel, J., Meinertz, T., & Ladwig, K. H. (2016). Frequency and covariates of fear of death during myocardial infarction and its impact on prehospital delay: findings from the multicentre MEDEA Study. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*, 105(2), 135–144. <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0895-3>

Allen T. W. (1992). Type A personality may strike at the heart of CAD. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 92(1), 60–63.

Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 802–813. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2>

Bayrak, B., Oğuz, S., Karabulut, Z., Çelik, S., & Kodak, C. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında ölüm kaygısının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 97-104.

Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397–409. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>

Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>

Borgi, M., Biondi-Zoccai, G., Frati, G., & Peruzzi, M. (2023). Cardiovascular disease and mental health: a dangerous duo? *European journal of preventive cardiology*, 30(15), 1686–1688. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad199>

Cay, E. L., Vetter, N., Philip, A. E., & Dugard, P. (1972). Psychological status during recovery from an acute heart

attack. *Journal of psychosomatic research*, 16(6), 425–435.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90068-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90068-2)

Celano, C. M., Daunis, D. J., Lokko, H. N., Campbell, K. A., & Huffman, J. C. (2016). Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Current psychiatry reports*, 18(11), 101.
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0739-5>

Chaddha, A., Robinson, E. A., Kline-Rogers, E., Alexandris-Souphis, T., & Rubenfire, M. (2016). Mental Health and Cardiovascular Disease. *The American journal of medicine*, 129(11), 1145–1148.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.05.018>

Chamberlain, A. M., Vickers, K. S., Colligan, R. C., Weston, S. A., Rummans, T. A., & Roger, V. L. (2011). Associations of preexisting depression and anxiety with hospitalization in patients with cardiovascular disease. *Mayo Clinic proceedings*, 86(11), 1056–1062. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0148>

Colquhoun, D. M., Bunker, S. J., Clarke, D. M., Glozier, N., Hare, D. L., Hickie, I. B., Tatoulis, J., Thompson, D. R., Tofler, G. H., Wilson, A., & Branagan, M. G. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with coronary heart disease. *The Medical journal of Australia*, 198(9), 483–484.
<https://doi.org/10.5694/mja13.10153>

Cooney, M. T., Kotseva, K., Dudina, A., De Backer, G., Wood, D., & Graham, I. (2013). Determinants of risk factor control in subjects with coronary heart disease: a report from the EUROASPIRE III investigators. *European journal of preventive cardiology*, 20(4), 686–691.
<https://doi.org/10.1177/2047487312445562>

Davies, S. J., & Allgulander, C. (2013). Anxiety and cardiovascular disease. *Modern trends in pharmacopsychiatry*, 29, 85–97. <https://doi.org/10.1159/000351945>

Dunn, S. L., Dunn, L. M., Rieth, N. P., Olamijulo, G. B., Swieringa, L. L., Holden, T. P., Clark, J. A., DeVon, H. A., & Tintle, N. L. (2017). Impact of Home- and Hospital-Based Exercise in Cardiac Rehabilitation on Hopelessness in Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 37(1), 39–48. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000205>

Erkal, S., & Pek, H. (2015). Beden imajında değişimler ve hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 7(30), 61-71.

Figueredo V. M. (2009). The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart. *The American journal of medicine*, 122(8), 704–712. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.05.001>

Fiuza-Luces, C., Santos-Lozano, A., Joyner, M., Carrera-Bastos, P., Picazo, O., Zugaza, J. L., Izquierdo, M., Ruilope, L. M., & Lucia, A. (2018). Exercise benefits in cardiovascular disease: beyond attenuation of traditional risk factors. *Nature reviews. Cardiology*, 15(12), 731–743. <https://doi.org/10.1038/s41569-018-0065-1>

Francula-Zaninovic, S., & Nola, I. A. (2018). Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Current cardiology reviews*, 14(3), 153–163. <https://doi.org/10.2174/1573403X14666180222102312>

Glassman A. (2008). Depression and cardiovascular disease. *Pharmacopsychiatry*, 41(6), 221–225. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1058108>

Goldfarb, M., De Hert, M., Detraux, J., Di Palo, K., Munir, H., Music, S., Piña, I., & Ringen, P. A. (2022). Severe Mental Illness and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(9), 918–933. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.017>

Gupta, R., Kishore, J., Bansal, Y., Daga, M., Jiloha, R., Singal, R., & Ingle, G. (2011). Relationship of Psychosocial Risk Factors, Certain Personality Traits and Myocardial Infarction in Indians: A Case-control Study. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(3), 182–186. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.86517>

Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., & Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European heart journal*, 35(21), 1365–1372. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh462>

Hare, D. L., Fitzgerald, H., Darcy, F., Race, E., & Goble, A. J. (1995). Cardiac rehabilitation based on group light exercise and discussion. An Australian hospital model. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 15(3), 186–192. <https://doi.org/10.1097/00008483-199505000-00004>

Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2023). Body Image Distortion. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Huffman, J. C., Jha, M., Charney, D. S., & Lavie, C. J. (2023). Association of Depression and Cardiovascular Disease. *The American journal of medicine*, 136(9), 881–895. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.04.036>

İyigün, T., Kaya, M., Gülbeyaz, S. Ö., Fıstıkçı, N., Uyanık, G., Yılmaz, B., Onan, B., & Erkanlı, K. (2017). Patient body image, self-esteem, and cosmetic results of minimally invasive robotic cardiac surgery. *International journal of surgery (London, England)*, 39, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.01.105>

Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R., & O'Connor, C. M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of internal*

medicine, 161(15), 1849–1856.
<https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1849>

Kavradım, S. T., & Özer, Z. (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 334-345.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey Replication (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105.
<https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

Krittanawong, C., Maitra, N. S., Qadeer, Y. K., Wang, Z., Fogg, S., Storch, E. A., Celano, C. M.,

Kupcikova, Z., Fecht, D., Ramakrishnan, R., Clark, C., & Cai, Y. S. (2021). Road traffic noise and cardiovascular disease risk factors in UK Biobank. *European heart journal*, 42(21), 2072–2084.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab121>

Kupper, N., & Denollet, J. (2018). Type D Personality as a Risk Factor in Coronary Heart Disease: a Review of Current Evidence. *Current cardiology reports*, 20(11), 104.
<https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>

Küçük, L. (2007). Kalp hastalarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 48-51.

McMahon, S. R., Ades, P. A., & Thompson, P. D. (2017). The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends in cardiovascular medicine*, 27(6), 420–425.
<https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.02.005>

Małyńczak, K., & Szechiński, M. (2004). Współwystępowanie różnych postaci zaburzeń lekowych i depresji [Comorbidity of different forms of anxiety disorders and depression]. *Psychiatria polska*, 38(4), 603–609.

Mesa-Vieira, C., Grolimund, J., von Känel, R., Franco, O. H., & Saner, H. (2021). Psychosocial Risk Factors in Cardiac Rehabilitation: Time to Screen Beyond Anxiety and Depression. *Global heart*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.5334/gh.896>

Özdemir, Ü. (2017). Kalp yetersizliği hasta ve aile eğitimi. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, Elektronik Dergi*, 11, Erişim 10.02.

Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(6), 563–569. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dbff97>

Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., Blackett, K. N., Sitthi-amorn, C., Sato, H., Yusuf, S., & INTERHEART investigators (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* (London, England), 364(9438), 953–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17019-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17019-0)

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192–2217. <https://doi.org/10.1161/01.cir.99.16.2192>

Rugulies R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 23(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00439-7)

Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (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(8), 1527–1537. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055>

Schwalbe F. C. (1990). Relationship between Type A personality and coronary heart disease. Analysis of five cohort studies. *The Journal of the Florida Medical Association*, 77(9), 803–805.

Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N. M., Wieman, I., van Schaik, D. J., & Penninx, B. J. (2015). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *Journal of psychosomatic research*, 78(2), 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.007>

Suzuki, T., Shiga, T., Kuwahara, K., Kobayashi, S., Suzuki, S., Nishimura, K., Suzuki, A., Ejima, K., Manaka, T., Shoda, M., Ishigooka, J., Kasanuki, H., & Hagiwara, N. (2010). Prevalence and persistence of depression in patients with implantable cardioverter defibrillator: a 2-year longitudinal study. *Pacing and clinical electrophysiology: PACE*, 33(12), 1455–1461. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2010.02887.x>

Thombs, B. D., de Jonge, P., Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., Zuidersma, M., Eze-Nliam, C., Lima, B. B., Smith, C. G., Soderlund, K., & Ziegelstein, R. C. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*, 300(18), 2161–2171. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.667>

Todaro, J. F., Shen, B. J., Raffa, S. D., Tilkemeier, P. L., & Niaura, R. (2007). Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 27(2), 86–91. <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000265036.24157.e7>

Tully, P. J., & Baker, R. A. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of geriatric cardiology : JGC*, 9(2), 197–208. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1263.2011.12221>

Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-

regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 439–448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>

Van Melle, J. P., de Jonge, P., Spijkerman, T. A., Tijssen, J. G., Ormel, J., van Veldhuisen, D. J., van den Brink, R. H., & van den Berg, M. P. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 814–822. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c>

Varghese, T., Hayek, S. S., Shekiladze, N., Schultz, W. M., & Wenger, N. K. (2016). Psychosocial Risk Factors Related to Ischemic Heart Disease in Women. *Current pharmaceutical design*, 22(25), 3853–3870. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160519113605>

Williams, R. B., & Littman, A. B. (1996). Psychosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. *Cardiology clinics*, 14(1), 97–104. [https://doi.org/10.1016/s0733-8651\(05\)70263-0](https://doi.org/10.1016/s0733-8651(05)70263-0)

Xu, L., Zimmermann, M., Forkey, H., Griffin, J., Wilds, C., Morgan, W. S., Byatt, N., & McNeal, C. J. (2022). How to Mitigate Risk of Premature Cardiovascular Disease Among Children and Adolescents with Mental Health Conditions. *Current atherosclerosis reports*, 24(4), 253–264. <https://doi.org/10.1007/s11883-022-00998-9>

BÖLÜM IV

Hemodiyaliz Hastalarında Semptom Yönetiminde Kullanılan Aromaterapi Uygulamaları ve Etkileri

Tuğba YARDIMCI GÜREL

Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbrek fonksiyonlarının kaybına neden olan ilerleyici ve geri dönüşü olmayan bir durumdur. Kronik böbrek yetmezliğini yönetmek için hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır. Hemodiyaliz oldukça yaygın olarak kullanılan bir RRT türüdür (Cortinovis Ruggenenti ve Remuzzi, 2016; Reindl-Schwaighofer ve ark., 2017; Seyahi, Koçyiğit ve Ateş, 2023; Vassalotti ve ark., 2016). Hemodiyaliz tedavisi hem mortaliteyi azaltmakta hem de beklenen yaşam süresini uzatmaktadır. Ancak aynı zamanda hastalarda, fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik alanlar başta olmak üzere birçok soruna da sebep olmaktadır (Liyanage ve ark., 2015). Bu sorunlar nedeniyle hastaların günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (İlter ve Ovayolu, 2022; Kavala ve Tokathoğlu, 2023; Süleymanlar

ve ark., 2019). Hemodiyaliz etkili bir tedavi olmasına rağmen yorgunluk, uyku sorunları, hipotansiyon, hipertansiyon, ağrı, kaşıntı, bulantı-kusma, kas krampları, dispne ve psikolojik sorunlar gibi semptomlara neden olmaktadır (Eroğlu ve Metin, 2021; Tayaz ve Koç, 2020; Ulfah, Wahyuni ve Wicaksana, 2023). Hastalar bu semptomlarla baş etmede geleneksel tıbbın yanı sıra tamamlayıcı ve integratif tıp (TİT) uygulamalarına da sıklıkla başvurmaktadırlar. Hastaların TİT uygulamalarını genellikle tedavi maliyetinin daha düşük olması, farmakolojik tedavilere kıyasla daha az yan etkilerinin olması, manevi, bilişsel ve duygusal yönden daha iyi hissetmek, hastalığın kontrolünü sağlama ve bağışıklık sistemini güçlendirme gibi nedenlerle tercih ettikleri belirtilmektedir (Eroğlu ve Metin, 2021; Ovayolu ve ark., 2015).

Semptom kontrolünü sağlamada hemodiyaliz tedavisi alan hastalara hemşireler tarafından da birçok TİT uygulaması yapılmaktadır. Hemşireliğin bağımsız uygulamaları arasında önemli bir yeri olan bu uygulamalar, güvenli yöntemler olmaları, yan etkilerinin az olması, kolay uygulanmaları ve hastalara bütüncül bakım verme fırsatı sağlamaları sebebiyle son yıllarda hemşireler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında en çok aromaterapi, akupunktur, akupresür, masaj, refleksoloji ve müzik terapi gibi TİT yöntemleri tercih edilmektedir (Büyükbayram ve Aksoy, 2021).

Bir TİT terapisi olan aromaterapi, bireylerin zihnini, bedenini ve ruhunu tedavi etmenin doğal bir yoludur. Aynı zamanda ucuz, popüler ve yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Bouya ve ark., 2018). Aromaterapide tedavi edici ajan olarak bitkilerden, çiçeklerden, meyvelerden ve ağaç köklerinden elde edilen uçucu yağlar kullanılmaktadır. Aromaları kullanma yöntemleri arasında inhalasyon, masaj ve cilt üzerinde basit kullanım yer alır. Bitkilerden elde edilen doğal esansiyel yağlarla bedensel ve zihinsel sağlığı dengelemek, düzenlemek ve geliştirmek için kullanılan aromaterapi, sıklıkla uyku kalitesiyle ilgili sorunları tedavi etmek, stres ve kaygıyı azaltmak için kullanılmıştır. Aromaterapi, sinir sistemini etkileyerek endorfin ve noradrenalin salgılanmasını sağlayarak vücutta olumlu

psikolojik ve fiziksel etkiler yaratır (Bouya ve ark., 2018; Reis ve Jones, 2017; Zhang ve ark., 2023). Yapılan araştırmalar aromaterapinin hastaların anksiyete, depresyon, uyku, arteriyovenöz fistül ponksiyon ağrısı ve huzursuz bacak sendromu (HBS) semptomlarını iyileştirebildiğini, fiziksel ve zihinsel konforu artırabildiğini, hastaların yaşam kalitesini iyileştirebildiğini göstermiştir (Barati ve ark., 2016; Ghasemi ve ark., 2021; Kılıç ve ark., 2021; Luo ve Jiang, 2022; Mohammadpourhodki ve ark., 2021). Aromaterapinin başlıca türleri şunlardır: Kozmetik (cilt, vücut ve saç için hijyen ürünlerinde kullanılır); Masaj (yağ kullanımıyla); Tıbbi (klinik ortamlarda); Koku alma (fiziksel semptomları iyileştirmek için soluma); Psiko-aromaterapi (psikolojik semptomları hafifletmek için). Hemodiyaliz hastalarında aromaterapi uygulamalarında sıklıkla lavanta, portakal, biberiye, papatya, badem ve şam gülü yağı kullanılmıştır. Güvenlik ağıısından aromalar genellikle güvenlidir ve birçoğunun güvenli olduğu Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (Bouya ve ark. 2018; Yangöz, Turan Kavradım ve Özer, 2021). Aromoterapi hemodiyaliz hastalarında sıklıkla inhalasyon ve masaj uygulamaları şeklinde kullanılmaktadır. Aromaterapi rahatlatma ve dikkati dağıtma prensibiyle çalışır. Aromaterapiyi solurken, koku uyarıları koku sinir yolu yoluyla merkezi sinir sisteminde işlenecek olan limbik sisteme iletilmektedir. Aroma ile uyarılan limbik sistem, ağrıyı azaltabilen nörokimyasalları serbest bırakarak sakinleştirici ve rahatlatıcı hormonlar salgılamaktadır. Burun ucundaki trigeminal sinirlerin uyarılması ısınma veya soğuma hissi üretebilmektedir (Ulfah, Wahyuni ve Wicaksana, 2023). İnhalasyon yoluyla uygulanan, ağrıyı, psikolojik stresi ve depresyonu azaltabilen esansiyel yağlar aynı zamanda yaşam bulgularının iyileştirilmesine de yardımcı olmaktadır. Aromatik yağlarla yapılan masaja, masaj terapisinin iyileştirici dokunuşu olarak da bilinen aromaterapi masajı adı verilmektedir. Bu yağlar cilt tarafından hızla emilip kan dolaşımına karışabilir (Mohammadpourhodki ve ark., 2021). Aromaterapi, anksiyete belirtileri olan kişilere tamamlayıcı bir tedavi olarak

önerilmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda anksiyetenin kontrol altına alınmasında olumlu etkileri olduğu belirtilen aromaterapi anksiyete ve ağrı için güvenli, etkili, erişilebilir ve ucuz bir tedavi olarak kabul edilmektedir (Reyes ve ark., 2020).

Hemodiyaliz hastalarında sık görülen semptomlar

Hemodiyaliz tedavisinin ömür boyu sürüyor olması hastalarda fizyolojik semptomlarla birlikte psikolojik, sosyal ve ekonomik bir takım olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bireylerde tedavi esnasında ortaya çıkan semptomlar nedeniyle kendileri ve ailelerinin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Literatürde, hastalar tarafından fiziksel belirtiler olarak en çok uykusuzluk, yorgunluk ve kas kramplarının, duygudurum belirtileri olarak da anksiyete, depresyon ve hayal kırıklığının öncelikli semptom olarak tanımlandığı belirtilmektedir. Genel olarak hastaların fiziksel semptomları için yeni ilaç kullanımına açık olduğu ancak çok fazla ilaç kullanımı konusunda bazı endişelerinin olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple hastaların birçoğunun meditasyon, masaj gibi farmasötik olmayan uygulamalara ilgi duyduğu ifade edilmektedir (Flythe ve ark., 2018).

Ağrı: Gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili hoş olmayan duysal ve duygusal deneyim olarak tanımlanan ağrı, ilerlemiş KBY hastalarının neredeyse tamamı tarafından bildirilen bir belirtidir. Bu hastaların çoğunda ağrının kaynağının kas-iskelet sistemi olduğu ve genellikle ağrı yoğunluğunu orta ila şiddetli olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir. Hastalarda sıklıkla ortaya çıkan baş ağrısının hemodiyaliz tedavisi esnasında başladığı ve tedavi bittikten sonraki 24 saat içinde kaybolduğu bildirilmektedir. Bu süre hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda spesifiktir. Baş ağrısının hemodiyaliz tedavisi nedeniyle ortaya çıkan yaygın sıvı-elektrolit değişikliklerinden ve hipertansiyondan kaynaklanabileceği vurgulanmaktadır. Bu hastalarda yeterli şekilde tedavi edilemeyen ağrılar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, stres, anksiyete, depresyon ve genel olarak yaşam memnuniyetinde azalma

gibi çok sayıda komplikasyona yol açabilmektedir (Metzger ve ark., 2021; Tayaz ve Koç, 2020).

Yorgunluk: Yorgunluk, kısır ve zayıflatıcı bir döngüye sahip bitkinlik hissi ile karakterize edilen çok boyutlu bir semptomdur. Yorgunluk, hemodiyalizin öncelikli bir semptomu olarak tanımlanmıştır. Tahmini prevalans, ilerlemiş KBY hastalarında %54 ile %66, hemodiyaliz hastalarında ise %97'ye kadar ulaşmaktadır (Metzger ve ark. 2021). Kronik böbrek yetmezliğinde yorgunluktan sorumlu olan mekanizmalar tam olarak anlaşılamamıştır ancak düşük triptofan ve yüksek kinürenin seviyeleri, kardiyovasküler sistem, metabolik süreçler ve endokrin sistem değişikliklerinin neden olabileceği düşünülmektedir. Hastalığın ilerlemesi ile ortaya çıkan kronik hastalık durumları, hareketsiz yaşam, yalnızlık, depresyon, fonksiyonel sakatlık, düzensiz uyku, kas zayıflığı, ilaç yan etkileri, yüksek distress seviyeleri ve uyumsuz davranışlar (örneğin, fiziksel aktivite korkusu) gibi bilişsel-davranışsal etkenler dahil olmak üzere çeşitli nedensel faktörler tanımlanmıştır (Flythe ve ark., 2018; Metzger ve ark., 2021; Tayaz ve Koç, 2020).

Kas krampları: Hemodiyaliz alan hastalarda sıklıkla karşılan semptomlardan biri de kas kramplarıdır. Kas kramplarına sebep olan faktörler arasında öncelikle hipotansiyon ve yüksek volümlü ultrafiltrasyon (UF) yapılmasının geldiği belirtilmektedir. Bu faktörler dışında sıklıkla hipoosmolarite, elektrolit anormallikleri ve karnitin eksikliğinin kas kramplarına neden olduğu düşünülmektedir. Kas krampları, HD tedavisi alan hastalarda genellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan ağrı veya kas sertleşmesinin de eşlik ettiği istemsiz kas kasılmaları olarak tanımlanabilir. Görülme sıklığının %33 ile %78 arasında olduğu düşünülmektedir. Sık karşılaşılan bir semptom olan kas krampları, diyalizin erken sonlandırılmasına neden olarak hastaların yetersiz diyaliz almasına ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Hastalarda dayanılmaz derecede ağrıya sebep olabildiği; uyku, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini olumsuz

etkileyebileceği belirtilmektedir (Flythe ve ark., 2018; Moledina ve Wilson, 2015; Tayaz ve Koç, 2020).

Kaşıntı: Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili kaşıntı, kaşıntıyı açıklayacak başka bir komorbid durum olmaksızın doğrudan böbrek hastalığına bağlı kaşıntı olarak tanımlanmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında kaşıntının üre miktarının yükselmesi ve deride birikmesi nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Böbrek yetmezliği olan hastaların yaklaşık %50'sinde olduğu bilinmektedir. Kaşıntı genellikle vücudun büyük bir kısmını kapsayabilir, ara sıra veya sürekli, hafif veya yoğun/şiddetli olabilir, gündüz veya gece meydana gelebilir. Hastaların semptom yükünü arttırdığı için tehlikeli bir belirti olmamasına rağmen uyku kalitesini, ruh halini ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Hastalar, kaşıntı hissinden hoşnut olmadıklarını ve çoğu zaman etkisiz tedavi seçenekleri karşısında umutsuz olduklarını belirtmektedirler (Metzger ve ark., 2021; Tayaz ve Koç, 2020).

Bulantı-kusma: Hemodiyaliz hastalarında bulantı, tek başına ortaya çıkabileceği gibi kusma, hazımsızlık veya diğer mide-bağırsak semptomlarına da eşlik edebilir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda oldukça yaygın olan bulantı ve kusmanın hastaların %30 ile %43'ünde görüldüğü belirtilmektedir. Bulantı ve kusmanın etiyojisi çok faktörlüdür. Metabolik veya gastrointestinal bozuklukların yanı sıra ilaç yan etkileriyle de ilişkili olabileceği ve özellikle böbrek hastalığının ileri aşamalarında yaygın olarak görüldüğü bildirilmiştir. Bulantı ve kusma semptomları genellikle hemodiyaliz tedavisi esnasında kan basıncı veya ürenin hızlı bir şekilde düşmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca diyalizattaki yüksek sodyum ve düşük kalsiyum konsantrasyonu da bulantı ve kusma gelişimine katkıda bulunabilir. Çoğunlukla hemodiyaliz seansının ilk saatlerinde ortaya çıkmakla birlikte farklı zaman dilimlerinde de görülebilmektedir. Bulantı ve kusma tedavi edilmediğinde hastada kan basıncında değişiklikler, beslenme durumunda bozulmalar, sıvı-elektrolit dengesizlikleri gibi hayati değerlerde değişimlere, sağlık harcamalarında artışa, günlük yaşam

aktiviteleri ve yaşam kalitesinde azalmalara sebep olabilmektedir (Metzger ve ark., 2021; Habas ve ark., 2019).

Uyku bozuklukları: İnsomnia, huzursuz bacak sendromu (HBS), obstrüktif uyku apnesi, merkezi uyku apnesi, uykuda solunum bozukluğu gibi uyku bozuklukları KBY hastalarında oldukça yaygın görülen semptomlardır. Uykusuzluk, “uyku için yeterli fırsat ve koşullara rağmen uykunun başlatılması, süresi, pekiştirilmesi veya kalitesinde tekrarlanan bir zorluk” olarak tanımlanmaktadır. Uyku bozuklukları, KBY'nin erken evrelerinde bile ortaya çıkabilir. Diyaliz öncesi KBY'de %31 ile %43, son dönem böbrek yetmezliğinde %45 ile %80 arasında görülmektedir. Aşırı sıvı yüklenmesi, akşam melatonin düzeylerinde bozulma, inflamatuvar faktörlerin varlığı, yetersiz beslenme, anemi, HBS, kaşıntı, ağrı, dispne ve duygudurum bozuklukları gibi durumlar uyku problemlerinin gelişmesinde etkili olabilmektedir. Uyku bozuklukları sonucunda ortaya çıkan fiziksel sorunlar hastaların uyku kalitelerinde bozulma, performansta azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliklere neden olabilmektedir. Sonuç olarak hastaların yaşam kalitesini azaltabileceği belirtilmektedir (Fonseca ve ark., 2016; Metzger ve ark., 2021).

Anksiyete ve depresyon: Anksiyete ve depresyon KBY'li hastaların yaşamını daha da zorlaştırabilecek durumlar arasında yer almaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hem depresyon hem de anksiyete bir arada bulunabileceğinden hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturabilirler. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda anksiyete yeterince tanınmamaktadır ve anksiyete bozukluklarının kesin prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Tahminler %12 ile %52 arasında değiştiği yönündedir. Depresyon veya anksiyete, KBY hastalarında mortalitede artma, intihar düşüncesi, tedaviye uyumun azalması, hastaneye yatış, ağrı ve yorgunluk gibi semptomların somatizasyonu ile ilişkilendirilmiştir (Metzger ve ark., 2021).

Yaygın olarak kullanılan aromaterapi yağları ve hemodiyaliz semptomlarına etkileri

Lavanta yağı: Bilimsel adı *Lavandula angustifolia* olan lavanta, Labiatae familyasından (Lamiaceae) çiçekli bir bitkidir ve geleneksel tıpta yüzyıllardır bitkisel ilaç olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Son yıllarda aromaterapide de sıklıkla kullanılan lavanta, linalool ve linalil asetat içerir. Linalool'un sakinleştirici, linalil asetatın ise narkotik etkisi vardır. Bu iki etki bireylerde iyilik halini ve uyku kalitesini iyileştirir, anksiyete ve yorgunluğu azaltır (Ali ve ark., 2015; Antonelli ve Donelli, 2020; Mohammadpourhodki ve ark. 2021). Lavanta esansiyel yağının diğer esansiyel yağlarla karıştırılmasının kaşıntıyı hafiflettiği belirtilmektedir. Ayrıca lavantanın bağışıklık sistemini güçlendirdiği, kas ağrıları ve bazı cilt rahatsızlıkları üzerinde de rahatlatıcı etkileri olduğu gösterilmiştir (Şahin, Tokgöz ve Demir, 2021). Hemodiyaliz hastalarında lavanta yağı genellikle inhalasyon ve masaj yoluyla uygulanmaktadır. Masaj için kullanılan lavanta yağının cilt tarafından yavaş yavaş emilmesi ve sedasyon, anti-anksiyete, analjezik gibi bitkisel tedavi edici etkilerinin yanı sıra, vazodilatasyon, cilt ısısının artması, vücudu rahatlatması, ağrıyı, anksiyeteyi ve depresyonu azaltması gibi masaj terapisinin olumlu etkilerine neden olmasından dolayı tercih edildiği belirtilmektedir (Sibirian ve Silaban, 2023).

Portakal yağı: Bilimsel olarak *Citrus sinensis* olarak bilinen portakal esansiyel yağı aromaterapide sıklıkla kullanılan yağlardan biridir. Portakal yağının merkezi sinir sistemini uyararak bireylerin ruh halini iyileştirebilecek bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sedatif, antispazmodik, antiinflamatuvar, antinosiseptif, sindirim kolaylaştırıcı, hipotansif ve idrar söktürücü etkileri de bulunmuştur (Tahmasebi, Poorkhiz ve Abdi Joubari, 2019). Portakal linalool, linalil asetat ve limonen içerir. Lavanta yağına benzer şekilde sakinleştirici ve anksiyete önleyici etkiye sahiptir. Homeostazisin korunmasına ve zihinsel stresin azaltılmasına yardımcı olur (Yangöz, Turan Kavradım ve Özer, 2021). Spesifik

olarak, tatlı portakal esansiyel yağının, ameliyat geçirmiş olanlar da dahil olmak üzere bireylerde anksiyolitik etkileri bildirilmiştir. Literatürde hemodiyaliz hastalarında anksiyete, stres, ağrı, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi semptomların tedavisinde kullanılabileceği ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Ahmady, Mohammadpourhodki ve ark., 2021; Reyes ve ark. 2020; Rezaei ve Khatony, 2019; Yangöz, Turan Kavrادم ve Özer, 2021).

Biberiye (Rosemary): Lamiaceae familyasına ait biberiye (*Rosmarinus officinalis*), ilkbahar sonu/yaz başında küçük soluk mavi çiçekler açan ve 90 cm yüksekliğe kadar büyüyen bir bitkidir. Gümüş, altın ve yeşil şerit olmak üzere üç çeşidi vardır. Tıbbi özellikleri için kullanılan yeşil çeşittir. Bu bitki reçine, tannik asit ve uçucu yağ bakımından zengindir. Biberiye bornil asetat, borneol ve mersinin sahip olduğuna benzer özel kafur, sineol, pinen ve kamfen içerir. Konstipasyon, hazımsızlık ve kolik ağrısını hafifleterek sindirim sistemi üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Yağ ayrıca kardiyovasküler sistem üzerinde de bazı iyi etkilere sahiptir. Kan basıncını düzenler ve arterioskleroz gelişimini geciktirdiği belirtilmektedir (Ali ve ark., 2016). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve baş ağrısının giderilmesinde inhalasyon ve masaj teknikleri kullanılarak uygulanmıştır (Bouya ve ark. 2018; Yangöz, Turan Kavrادم ve Özer, 2021).

Roma Papatyası: Roma papatyası (*Anthemis nobilis* Linn.), Asteraceae familyasına ait bir bitkidir. Papatyaya benzer çiçekler taşıyan ve yüzyıllardır değer verilen, sakinleştirici, ılımlı ve güçlü duyguları dindirme potansiyeline sahip bir bitkidir. Yaygın olarak masaj yoluyla uygulanan papatya, güçlü antiinflamatuvar ve analjezik etkiye sahiptir. Bağışıklık sistemini güçlendirir. Kozmetik ve aromaterapide anksiyolitik özellikleri nedeniyle kullanılmaktadır. Antianksiyete ve stres giderici özellikleri depresyonu, anksiyeteyi ve aşırı aktif zihni hafifletir. Uyumadan önce banyo yapmak hem zihni hem de bedeni rahatlatır, huzurlu ve ruhsal bir farkındalıkla uykuyu getirir. Baş ağrısı, uykusuzluk ve menstrual bozuklukların bu yağ ile tedavi edildiği bilinmektedir. Aromaterapide alt karın bölgesine

uygulanmasıyla fiziksel rahatsızlıklardan, menstrual kramplardan ve gerginlikten kaynaklanan ağrıların tedavisinde kullanılmaktadır (Ali ve ark. 2016; Yangöz, Turan Kavradım ve Özer, 2021). Hemodiyaliz hastalarında stres, yorgunluk, kaşıntı ve anksiyetenin giderilmesi için kullanılmıştır (Barati ve ark., 2016; 2021; Shahgholian ve ark. 2010; Torkmannejad Sabzevarive ark. 2018; Yangöz, Turan Kavradım ve Özer, 2021).

Badem yağı: Badem yağı (Oleum amygdalae) sağlık açısından sayısız faydası nedeniyle uzun süredir tamamlayıcı tıp çevrelerinde kullanılmaktadır. Kesin bir bilimsel veri bulunmamakla birlikte badem yağının antiinflamatuvar, bağışıklığı güçlendirici ve anti-hepatotoksiste gibi birçok özelliği bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca, badem yağlarının yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin (HDL) düzeylerini yükseltme ve düşük yoğunluklu lipoproteinleri (LDL) azaltması gibi kardiyovasküler faydalarının da olduğu tespit edilmiştir. Aromaterapide badem yağı, özellikle oleik ve linoleik esansiyel yağ asitlerinin zengin konsantrasyonu nedeniyle son derece popüler ve aranan bir yağdır (Ahmad, 2010). Hemodiyaliz hastalarında inhalasyon ve masaj yöntemiyle uygulanmıştır. Hastalarda yorgunluk, anksiyete, arteriyovenöz fistül ponksiyon ağrısı, anksiyete ve depresyonun giderilmesinde ve genellikle de diğer yağların seyreltilmesi amacıyla karışım olarak kullanılmıştır (Yang, Chen ve Meng, 2020).

Şam gülü: Şam gülü (Rosa damascena) aromatik ve tedavi edici amaçla en çok kullanılan bitkilerden biridir. Rosa bitkisinin ana çeşididir ve gül suyu ya da gül yağı elde etmek amacıyla yetiştirilmektedir. Ağırlıklı olarak parfüm ve gıda sanayinde kullanılan Şam gülünde çeşitli karotenoidler, flavonoidler ve vitaminler bulunmaktadır. Yağının sedatif, hipnotik, sakinleştirici ve antispazmodik etkileri vardır. Ayrıca uyku kalitesi, kan basıncının düşürülmesi ve ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde de etkili olduğu belirtilmektedir (Dehkordi ve ark., 2017). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon, stres, uykusuzluk ve yorgunluğun giderilmesinde kullanılmıştır (Dehkordi ve ark., 2017; Elahi ve ark. 2022; Mohamadyari ve ark., 2022).

Sonuç

Yapılan çalışmalar hemodiyaliz hastalarında inhalasyon ve masaj aromaterapisinin yorgunluk, anksiyete, stres, depresyon, baş ağrısı, kaşıntı, arteriyovenöz fistül ponksiyon ağrısı, uyku sorunları gibi semptomlar üzerinde yararlı etkileri olduğunu göstermektedir. Yapılan aromaterapi uygulamalarıyla hastaların var olan semptomlarında hafiflemenin yanı sıra yaşam kalitesi ve iyilik halinde de bir yükselmenin olduğu görülmektedir. Hemodiyalize giren hastalarda semptomlar ve semptom yönetiminin ağır maliyeti göz önüne alındığında, aromaterapinin hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonları azaltmak için ucuz, hızlı etkili ve etkin bir tedavi olarak kullanılabileceği görülmektedir. Diyaliz sağlık ekibinin, diyalizin farklı komplikasyonlarını azaltmak için tamamlayıcı tedaviler olarak bilinen faydalı aromalardan uygun dozda yararlanarak farklı aromaterapi yöntemlerini (masaj ve inhalasyon) hastalarında kullanabileceği düşünülmektedir. Özellikle de hemşireler hemodiyaliz hastalarının bakımında önemli bir role sahiptir ve aromaterapi uygulamalarını kullanarak hastaların yaşadıkları semptomların şiddetini azaltabilirler. Ancak her ne kadar aromaterapi uygulamaları bilinçli ve kontrollü bir şekilde uygulandığında güvenilir bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olsalar da kullanılan esansiyel yağların hastaların kullandıkları medikal tedavi ve ilaçlarla etkileşime girebileceği unutulmamalıdır. Aromaterapi uygulanmadan önce hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından katılımcıların alerji durumları ve solunumsal sorunları araştırılmalı, bu sorunları yaşayanlar çalışmalara dahil edilmemelidir. Uygulanacak aromaterapinin sıklığı, süresi ve seans sayısı hastanın ihtiyacına göre belirlenerek kişiye özgü yağlar seçilmeli ve mümkünse profesyonel aromaterapi eğitimi alınmalıdır.

Kaynakça

Ahmad, Z. (2010). The uses and properties of almond oil. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 10-2. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.015>

Ahmady, S., Rezaei, M. & Khatony, A. (2019). Comparing effects of aromatherapy with lavender essential oil and orange essential oil on fatigue of hemodialysis patients: A randomized trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.05.005>

Ali, B., Al-Wabel, N.A., Shams, S., Ahamad, A., Khan, S.A & Anwar, F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(8), 601–611. <https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.007>

Antonelli, M. & Donelli, D. (2020). Efficacy, safety and tolerability of aroma massage with lavender essential oil: An overview. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 13(1), 32–36.

Barati, F., Nasiri, A., Akbari, N. & Sharifzadeh, G. (2016). The effect of aromatherapy on. *Nephro-Urology Monthly*, 8(5), e38347. <https://doi.org/10.5812/numonthly.38347>

Bouya, S., Ahmadidarehsima, S., Badakhsh, M. & Balouchi, A. (2018). Effect of aromatherapy interventions on hemodialysis complications: a systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.008>

Büyükbayram, Z. & Aksoy, M. (2021). Hemodiyaliz hastalarının semptom yönetiminde kullanılan integratif yöntemler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(1), 30-40. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2021.30>

Cortinovis, M., Ruggenenti, P. & Remuzzi, G. (2016). Progression, remission and regression of chronic renal diseases. *Nephron*, 134(1), 20–24. <https://doi.org/10.1159/000445844>

Dehkordi, A.K., Tayebi, A., Ebadi, A., Sahraei, H. & Einollahi, B. (2017). Effects of aromatherapy using the damask rose essential oil on depression, anxiety, and stress in hemodialysis patients: A clinical trial. *Nephro-Urology Monthly*, 9(6), e60280. <https://doi.org/10.5812/numonthly.60280>

Elahi, B., Parvan, K., Tabrizi, F.J., Sarbakhsh, P., Gharekhani, A. & Roshangar, F. (2022). Effect of rosa damascena oil aromatherapy on fatigue severity in patients receiving hemodialysis: A randomized controlled trial. *Crescent Journal of Medical & Biological Sciences*, 3, 147-152. <https://doi.org/10.34172/cjmb.2022.25>

Eroğlu, H. & Gök Metin, Z. (2021). Hemodiyaliz hastalarında semptom yönetiminde tamamlayıcı ve integratif yaklaşımlar: sistematik bir derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(3), 252-268. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1050308>

Flythe, J.E., Hilliard, T., Castillo, G., Ikeler, K., Orazi, J., Abdel-Rahman, E. et al. (2018). Symptom Prioritization among adults receiving in-center hemodialysis: A mixed methods study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(5), 735-745. <https://doi.org/10.2215/CJN.10850917>

Fonseca, N.T., Urbano, J.J., Nacif, S.R., Silva, A.S., Peixoto, R.A., Urbano, G.J. et al. (2016). A systematic review of sleep disorders in patients with chronic kidney disease under going hemodialysis. *Journal of Physical Therapy Science*, 28, 2164-70. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.2164>

Ghasemi, M., Rejeh, N., Bahrami, T., Heravi-Karimooi, M., Tadrisi, S.D. & Vaismoradi, M. (2021). Aromatherapy massage vs. Foot reflexology on the severity of restless legs syndrome in female

patients undergoing hemodialysis. *Geriatrics* (Basel Switzerland), 6(4), 99. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040099>

Habas, E., Rayani, A., Alkanonie, W., Habas, A., Alzoukie, E., Razeik, S. et al. (2019). Common complications during hemodialysis session; single central experience. *Austin Journal of Nephrology and Hypertension*, 6, 1078.

İlter, S.M. & Ovayolu, Ö. (2022). Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk yönetiminde kanıta dayalı integratif yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 82-88. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1102082>

Kavala, A. & Tokathoğlu, T.Ş. (2023). Hemodiyaliz hastalarında görülen anksiyete ve depresyon yönetiminde nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin rolü. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 104-113. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2023.73>

Kılıç Akça, N., Akbuga, G.A., Arslan, D.E. & Şentürk, S. (2021). Aromatherapy massage for pain and xerosis after repeated needle insertion into a fistula arm in hemodialysis. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, May, 27(3), 39-45.

Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H.M., Okpechi, I. & et al. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet*, May 16, 385(9981), 1975-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)

Luo, J. & Jiang, W. (2022). A critical review on clinical evidence of the efficacy of lavender in sleep disorders. *Phytotherapy Research*, 36(6), 2342–2351. <https://doi.org/10.1002/ptr.7448>

Metzger, M., Abdel-Rahman, E.M., Boykin, H & Song, M. (2021). A narrative review of management strategies for common symptoms in advanced CKD. *Kidney International Reports*, 6(2), 894-904. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.01.038>

Mohammadpourhodki, R., Sadeghnezhad, H., Ebrahimi, H. & et al. (2021). The effect of aromatherapy massage with lavender

and citrus Aurantium essential oil on quality of life of patients on chronic hemodialysis: a parallel randomized clinical trial study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(3),456–463.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.032>

Mohamadyari, T., Hadadian, F., Maazinezhad, S., Salary, N., Bekhradi, R., & Khaledi-Paveh, B. (2022). Effect of Rosa damascena essential oil aromatherapy on sleep quality and daytime sleepiness: a randomized controlled trial on hemodialysis patients. *Scandinavia Journal of Sleep Medicine*, 2(1), 33-42.

Moledina, D.G. & Perry Wilson F. (2015). Pharmacologic treatment of common symptoms in dialysis patients: A narrative review. *Seminars in Dialysis*, 28, 377–383. <https://doi.org/10.1111/sdi.12378>

Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Güngörmüş, Z. & Karadağ, G. (2015). Böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı tedaviler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 40-6.

Reindl-Schwaighofer, R., Kainz, A., Kammer, M., Dumfarth, A. & Oberbauer, R. (2017). Survival analysis of conservative vs. dialysis treatment of elderly patients with CKD stage 5. *PLoS One*, 12(7), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181345>

Reis, D. & Jones, T. (2017). Aromatherapy: using essential oils as a supportive therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(1), 16–19. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.16-19>

Reyes, M.C.G.M., Ribay, K.G.L. & Paragas Jr, E.D. (2020). Effects of sweet orange aromatherapy on pain and anxiety during needle insertion among patients undergoing hemodialysis: A quasi-experimental study. *Nursing Forum*, July, 55(3), 425-432. <https://doi.org/10.1111/nuf.12447>

Seyahi, N., Koçyiğit, İ., & Ateş K. (2023). Current status of kidney replacement therapy in Türkiye: A summary of 2021 Turkish society of nephrology registry report. *Turkish Journal of*

Nephrology, 32(3), 174-180.
<https://doi.org/10.5152/turkjnephrol.2023.2348564>

Shahgholian, N., Dehghan, M., Mortazavi, M., Gholami, F. & Valiani, M. (2010). Effect of aromatherapy on pruritus relief in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Fall, 15(4):240-4.

Siburian, C.H. & Silaban, N.Y. (2023). The Effect of foot massage with oil aromatherapy on hemodialysis patients' sleep quality. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 33-38.
<https://doi.org/10.30604/jika.v8i1.1398>

Süleymanlar, G., Altıparmak, M. & Seyahi, N. (2019). Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. Ankara: Miki Matbaacılık; Hemodiyaliz. 7-28.

Şahin, S., Tokgöz, B. & Demir, G. (2021). Effect of lavender aromatherapy on arteriovenous fistula puncture pain and the level of state and trait anxiety in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Pain Managment Nursing*, 22(4), 509-515.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.01.009>

Tahmasebi, H., Poorkhiz, A. & Abdi Joubari, H. (2019). Comparing the aromatherapeutic effects of orange and lavender essential oils on anxiety and physiological indicators in patients undergoing coronary angiography: A clinical trial study. *Medical Surgical Nursing Journal*, 8(3), e98459.
<https://doi.org/10.5812/msnj.98459>

Tayaz, E. & Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.441384>

Torkmannejad Sabzevari, M., Khalili, H. & Rad, M. (2018). Non-pharmacological treatments of pruritus in hemodialysis patients: A review study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(2), e67794. <https://doi.org/10.5812/jjcdc.67794>.

Ulfah, M., Wahyuni, T.D. & Wicaksana, A.L. (2023). The effect of aromatherapy on hemodialysis-related nausea: a case report. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, January 02, 11(C), 19-22. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.10743>

Vassalotti, J. A., Centor, R., Turner, B. J., Greer, R. C., Choi, M., Sequist, T. D., & National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2016). Practical approach to detection and management of chronic kidney disease for the primary care clinician. *American Journal of the Medical Sciences*, 129(2), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.025>

Yang, X., Chen, Y. & Meng, F. (2020). The effects of inhaled aroma therapy on complications of hemodialysis patients: a systematic review. *TMR Integrative Medicine*, 4, e20026. <https://doi.org/10.12032/TMRIM202004023>

Yangöz, Ş.T., Turan Kavradım, S. & Özer Z. (2021). The effect of aromatherapy on fatigue in adults receiving haemodialysis treatment: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Jornal of Advanced Nursing*, 77(11), 4371-4386. <https://doi.org/10.1111/jan.14922>

Zhang, C., Mu, H., Yang, Y.F., Zhang, Y. & Gou, W. (2023). Effect of aromatherapy on quality of life in maintenance hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Renal Failure*, 45(1), 2164202. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2022.2164202>

BÖLÜM V

Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalarda Fiziksel Gereksinimler ve Evde Bakım

Neşe İŞCAN AYYILDIZ¹

GİRİŞ

Kanser, dünya genelinde morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (Türk Onk.Der). Dünya çapında görülme oranı sıklıkla artan kanser, ölüm ve morbidite nedenleri içinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Toplum içinde sosyoekonomik zorluklara yol açan önemli bir sağlık sorunudur (Dündar ve ark., 2020; Ovayolu, 2017). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın 2020 verilerine göre, dünya genelinde 19.3 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiş olup, 2040 yılında bu

¹ Öğr. Gör. Dr., Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0003-0976-8000, neseayildiz@trabzon.edu.tr

rakamın 30.2 milyona yükselmesi öngörülmektedir. (WHO, IARC, 2020). Ülkemizde en sık görülen kanserler sıralamasında, akciğer kanserinden sonra gelen kanser türleri meme kanseri (%10.3), kolorektal kanser (%9.1), prostat kanseri (%8.3), tiroid kanseri (%5.9) ve diğer kanserlerdir (%48.8). (WHO, 2020; Akdemir ve Can, 2020).

Tümör ve kanser terimleri sıkça karıştırılsa da aslında farklı anlamlar taşırlar. Kanser, genetik mutasyonlar veya anormal gen aktivasyonları nedeniyle hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve çoğalması sonucu ortaya çıkan, bireyin psikolojik, fizyolojik, ekonomik ve sosyal açıdan etkileyen karmaşık bir hastalık grubunu ifade eder (Gündoğan, 2017; Cortese, 2020; Dalay ve Buyru, 2020). Tümör, doku içinde anormal bir şekilde büyüyerek oluşan bir doku kütlesi olarak tanımlanır ve kanser etkeni ortadan kalksa bile büyümeye devam edebilir (Akdemir ve Can, 2020; 30). Tümörler iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olarak sınıflandırılır (Bethell, 2017; Workman, 2018; Şen, 2015). Sadece köken aldığı dokuyu etkileyen, metastaz yapmayan, yavaş büyüyen ve genellikle ölümcül olmayan tümörler iyi huylu tümörlerdir. Kötü huylu tümörler ise, hızla çoğalan ve çevre dokulara ve organlara metastaz yapabilen, köken aldığı dokuya benzerliğini yitiren ve kontrol altına alınamazsa ölüme yol açabilen tümörlerdir (Bethell, 2017; Workman, 2018; Şen, 2015; Can, 2014). Malign tümörler kanser olarak da adlandırılmaktadır (Akdemir ve Can, 2020).

Kanserin oluşumunda en etkili faktörler, DNA yapısındaki değişikliklerdir ve bu tür değişiklikler genetik, kimyasal veya çevresel etkenlere bağlı olarak meydana gelebilir (Olgun ve Aslan, 2017). IARC kansere yol açabilen etkenlerin sınıflandırmasını yürütmektedir. IARC'ın değerlendirmesine göre, tütün ve alkol kullanımı, hareketsiz bir yaşam tarzı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve hava kirliliği, kanserin gelişme riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır (Cortese, 2020; WHO). Düşük ve orta gelirli ülkelerde sıkça karşılaşılan bazı kronik enfeksiyonlar kanser gelişimi açısından risk faktörleri arasında bulunmaktadır (Kav, 2020). Bu tür kronik enfeksiyonlara neden olan etkenler,

kansere yol açabilen virüsler olarak tanımlanmıştır. 2018 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre, dünya genelindeki kanser vakalarının yaklaşık %13'ü Hepatit B/C virüsleri, Epstein-Barr virüsü (EBV), İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve Helicobacter Pylori gibi virüslerle ilişkilendirilmiştir (WHO).

Tablo. IARC 2020 Yılı Verilerine Göre En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Erkek ve Kadınlardaki Dağılımı (IARC, 2020)

Erkeklerde		Kadınlarda	
Dünya	Türkiye	Dünya	Türkiye
Akciğer	Akciğer	Meme	Meme
Prostat	Prostat	Kolorektal	Tiroid
Kolorektal	Kolorektal	Akciğer	Kolorektal
Mide	Mesane	Uterus	Akciğer
		Serviksi	
Karaciğer	Mide	Tiroid	Uterus Korpusu

(IARC, 2020)

Kanserde Tedavi Yöntemleri:

Hastalığın tedavisinde birçok farklı yöntem uygulanır. Bu tedavi seçenekleri arasında en yaygın kullanılanlar kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve cerrahi işlemlerdir (Korkmaz, 2008; Baykara, 2016). Kanser çeşidi ve özelliklerine göre bireylerin yaşayacağı semptomlar farklılık göstermektedir. Bu nedenle tedavi yöntemleriyle ilgili yaklaşımlar kanserin türüne ve hastaya göre farklılık göstermektedir (Baykara, 2016).

Kanser tedavisinin temel hedefi, kanseri iyileştirmek ve yaşam süresini uzatmanın yanı sıra yaşam kalitesini artırmak, metastaz oluşumunu engellemek, yapısal ve işlevsel sorunları azaltmak veya ortadan kaldırmak ve semptomları kontrol altına almak olarak belirlenmiştir (Bethell, 2017; Aslan ve ark., 2014). Her kanser türü, spesifik bir tedavi yaklaşımını gerektirir. Tedavi planı, tümörün histolojik özellikleri, boyutu, konumu, hastalığın evresi, hastanın tercihleri ve fiziksel-psikolojik durumu göz önüne alınarak belirlenmelidir (Akdemir ve Can, 2020; Can, 2014; Aslan ve ark.,

2014). Kanserin tedavisinde kullanılan yöntemler farklı kategorilere ayrılabilir. Bu yöntemler lokal tedaviler (cerrahi müdahale ve radyoterapi), sistemik tedaviler (kemoterapi, biyolojik tedavi, hormonal tedavi, gen tedavisi ve hedefe yönelik tedavi), hematopoetik kök hücre nakli ve tamamlayıcı ile alternatif tedavi yöntemlerini içermektedir. Bu tedavi seçenekleri bazen tek başına, bazen de bir arada veya birbiriyle kombinasyonlar şeklinde kullanılır (Akdemir ve Can, 2020, Can, 2014). Kanserin tedavisinde yaygın olarak uygulanan yöntemler cerrahi müdahale, radyoterapi ve kemoterapiyi içerir. Daha az sıklıkla başvurulanan tedavi seçenekleri ise biyolojik tedaviler, hormonal tedaviler ve hedefe yönelik tedavilerdir (Baykara, 2016; Aslan ve ark., 2014).

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, kanserli doku veya organın vücuttan çıkarılması işlemi olarak bilinen, kanser tedavisinin en eski ve en etkili yöntemidir. Genellikle birincil tedavi yaklaşımı olarak kullanılan bu yöntemden, aynı zamanda proflaktik, palyatif, küratif, destekleyici, rekonstrüktif, tanı ve evreleme amacıyla da yararlanılmaktadır (Cortese, 2020; Aslan ve ark., 2014; Köken, 2020).

Radyoterapi

İyonizan radyasyon kullanılarak gerçekleştirilen tedavi, sıklıkla birincil, kombine, adjuvan veya palyatif tedavi amaçlarına yönelik olarak kullanılmaktadır (Baykara, 2016; Baskar ve ark., 2012).

Biyolojik Tedavi

Bilinen adıyla immünoterapi veya immün tedavi, kanser hücrelerini elimine etmeye yönelik bir tedavi yaklaşımıdır. Temel olarak, bu yöntem bireyin bağışıklık sistemini güçlendirme amacı güder (Akdemir ve Can, 2020; Barbaros ve Dikmen, 2015).

Hematopoetik Kök Hücre Nakli

Hematopoetik kök hücre nakli, hasar görmüş veya yetersiz üretim yapamayan kök hücrelerin sağlıklı olanlarla değiştirildiği bir tedavi biçimidir. Hematopoetik kök hücre, kordon kanı, periferik kan ve kemik iliği gibi üç ana kaynaktan elde edilebilir. Bu nedenle uzun yıllardır kemik iliği kök hücrelerinin kullanılmasıyla bu tedavi yaklaşımı "kemik iliği nakli" olarak da bilinir (Cortese, 2020; Karacan, 2020; Koçubaba ve Tekgündüz, 2019).

Hedefe Yönelik Tedaviler

Kanseri tedavi etmek için hedefe yönelik tedaviler olarak da bilinen "akıllı tedavi" terimi, kanser hücresinde belirli bir molekülü hedef alan tedavi stratejilerini tanımlar (Doğan ve Ta tekin, 2019).

Hormonal Tedavi

Hormon tedavisi, prostat, meme kanseri ve üreme sistemi kanserlerinin tedavisinde kullanılan bir ilaç terapisiidir. Bu yöntem, vücuttaki hormon seviyelerini değiştirerek etki eder (Akdemir ve Can, 2020; Baykara, 2016).

Gen Tedavisi

Gen terapisi, hastalıkların tedavi edilmesi ve önlenmesi amacıyla bireyin genetik yapısının değiştirilmesini hedefleyen bir tedavi yaklaşımını ifade eder (Akdemir ve Can, 2020).

Kemoterapi

Kemoterapi, hastaya belirli bir zaman çerçevesinde belirlenen tedavi protokolüne uygun olarak uygulanan ilaçların kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi ile kontrolsüzce büyüyen hücrelerin ölümü amaçlanır, böylece kemoterapik ajanlar hastanın sağlıksız hücrelerinin büyümesini ve yayılmasını engellemeye yardımcı olurlar. Ancak tedavi sırasında sağlıklı hücreler de zarar görebilir, bu da hastada istenmeyen semptomların

ortaya çıkmasına neden olabilir (Temel, 2015). Yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, bulantı, kusma, kabızlık, ishal, cilt ve tırnaklarda değişiklikler, ellerde uyuşma ve karıncalanma, mukozit, ağrı, uyku problemleri, stres ve anksiyete bu semptomların en yaygın görünenidir. Bu belirtilerden herhangi biri veya birkaçı, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir (Karaca, 2018). Kemoterapi primer indüksiyon tedavisi, neoadjuvan ve adjuvan tedavisi olarak üç şekilde uygulanır (Baykara, 2016).

Hızla çoğalan bağırsak ve mukoza epitel hücreleri, kemik iliğinde bulunan hematopoetik hücreler, testislerin jerminal epitel, kıl folikül hücreleri ve embriyo ile fetüs hücreleri, kemoterapinin sitotoksik etkilerine diğer hücrelere göre belirgin bir şekilde daha hassas bir şekilde yanıt verdiği bilimsel olarak doğrulanmıştır. İlaç dozu ve türüne bağlı olarak yan etki türleri değişebilir. Anemi, mide bulantısı ve kusma, oral mukozit (ağız içi yaralar), aşırı yorgunluk gibi, kişinin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilen yan etkiler söz konusudur. Bu yan etkiler, bireyin yaşam tarzında ve sosyal ilişkilerinde çeşitli değişikliklere neden olabilir ve bu da anksiyete, sosyal izolasyon ve depresyon gibi sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir (Bhosle ve Hall 2009; Can, 2007; Hawkins ve Grunberg, 2009).

Hematolojik yan etkiler: Kemoterapik ilaçlar, en sık ve en ciddi etkilerini kemik iliğine yönelterek, kemik iliği işlevlerini durdurarak veya miyelosupresyona (kemik iliğinin baskılanması) neden olarak nötropeni, trombositopeni, eritrositopeni ve yorgunluğun gelişmesine yol açar (Rowland, 2008).

Gastrointestinal sorunlar: Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan gastrointestinal sorunlar, diyare (ishal), konstipasyon (kabızlık), oral mukozitler (ağız içi yaralar) ve bulantı-kusma gibi rahatsızlıkları içerir (Esencan ve Merih, 2010).

Psiko-sosyal sorunlar: 1- Depresyon ve anksiyete, günlük yaşamın çoğunlukla üzgün bir şekilde geçirildiği, yoğun mutsuzluk ve hüznün hakim olduğu duygusal sorunlar depresyon olarak ifade edilir. Tanımlanamayan endişe ve korku ile belirginleşen bir duruma

anksiyete denilmektedir. Kanser hastaları, yoğun bir korku ve gelecek kaygısı ile mücadele ederler. Bu sebeple, korkularını ve içsel çatışmalarını aşmak için duygusal iyileşme ve psikososyal uyum için psikososyal destek ihtiyacı duyarlar. Aynı zamanda, bazı kanser hastaları toplumun dışlayıcı, farklı davranan veya yanlış anlayan bir tavırla karşılaşmaktan korkarlar. Bu nedenle, hastalıklarını sır gibi saklamak, psikolojik bir yük oluşturabilir (Altınova, 2013; Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022). Kanser hastalarında, vücut üzerindeki kontrolün azalması, özerkliğin kaybı ve hastalıkla ilgili belirsizlik oldukça sık görülür. Hastalığın farklı evrelerinde ortaya çıkan bu belirsizlik, birçok test ve tedavi prosedürüne rıza göstermeye sebep olarak hastalarda umutsuzluk, anksiyete, bağımlılık ve bağımsızlık gibi farklı depresyon belirtilerine yol açabilir (Altınova, 2013). 2-Ağrı: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin tanımına göre ağrı, vücudun herhangi bir bölgesiyle ilişkilendirilebilen organik bir kökene sahip veya olmayan, bireyin önceki deneyimleriyle ilişkilendirilen, hoş olmayan bir duygusal durumdur (Esencan ve Merih, 2010).

Kemoterapi, sıklıkla cerrahi veya radyoterapi ile birleştirilerek tedavinin etkililiğini artırmak için kullanılır ve zaman zaman palyatif bakım amacıyla uygulanır (Mohanty, 2014). Kanser tedavisinin yan etkileri, hastaları ve ailelerini duygusal, fiziksel ve sosyoekonomik olarak olumsuz etkiler, yaşam kalitelerini azaltır (Çalışkan ve ark., 2015).

Ayaktan Kemoterapi Uygulaması

Kemoterapi, kanser hücrelerinin kontrol altına alınması veya yok edilmesi amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavide, özel ilaçlar kullanılarak kanser hücreleri hedef alınır ve böylece vücuttaki kanserli hücrelerin yayılması engellenir. Ayaktan kemoterapi ise, hastaların hastaneye yatmadan, düzenli aralıklarla poliklinik veya klinik ortamında tedavi almasına olanak tanıyan bir uygulamadır. Günümüzde, kemoterapi uygulamaları hastane koşullarını gerektirmeyen yüksek doz tedavi protokolleri haricinde genellikle poliklinikler ve gündüz tedavi ünitelerinde

gerçekleştirilir. Bu birimlerde tedavilerini alarak eve dönen hastalar ve aileleri, kemoterapinin yan etkileriyle başa çıkmak zorunda kalır ve bu durum, bazen yetersiz ve hatalı uygulamalara yol açabilir.

Özellikle uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan kanser hastalarının evde bakımı, hastane bakımına göre daha bağımsız bir uygulama olup, hastaların yaşam kalitesini artırmak açısından son derece kritik bir rol oynamaktadır. Kanser hastaları, hastalığın sebep olduğu semptomlar ve kemoterapi ile radyoterapinin yan etkileri gibi nedenlerle ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, anoreksi, kilo kaybı, beslenme problemleri, mukozit, enfeksiyon riski ve uyku sorunları gibi şikayetleri sıkça yaşarlar. Bu sorunlar, tedaviye uyumu, yaşam kalitesini, hastalığın şiddetini ve ölüm riskini etkilediği için evde bakım, bu hastaların önemli bir ihtiyacıdır (Ovayolu, 2018).

Evde Bakım

Günümüz sağlık giderlerinde devam eden artışa rağmen sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların kısıtlı olması, sağlık hizmetinde maliyet azaltıcı ve risk önleyici yöntemlerin tercih edilmesine yol açmaktadır (Nordly ve ark., 2016). Bu bağlamda bireylerin talebi doğrultusunda kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmetinden faydalanma düşüncesi yaygınlaşmaktadır (Buttiron ve ark., 2021). Evde bakım hizmeti; “bireylere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmaktadır. Evde bakım hizmeti, çeşitli profesyonel sağlık çalışanlarının iş birliği içinde sunduğu bir süreçtir. Toplumun yaşlanma oranının artması, kronik hastalıkların ve kanserlerin daha yaygın hale gelmesi, evde kullanılan teknolojik cihazların artış göstermesi ve maliyet etkin bir model olması nedeniyle, birçok ülkenin politika geliştirdiği evde bakım hizmetleri, giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005; Fadıloğlu ve ark., 2013; Ovayolu ve ark, 2018).

Kanser hastalarının %40'ı tercih edilen bakım yeri olarak evlerini seçiyor (Yamagish ve ark., 2012) Bir vaka kontrol çalışmasında, evde bakıma erken başlayan kanser hastalarının bu tür bakıma geç başlayanlara göre evde ölme olasılığı daha düşüktü (Grande ve ark., 2003).

Evde bakım hemşirelerinin evde sorunların nasıl ele alınacağı ve gerçek aile yükünü azaltmak için bölgesel kaynakları nasıl düzenleyeceği konusunda destek vermeleri beklenmektedir (Yamagish ve ark., 2012). Evde bakım sürecine aktif katılan, bakım veren aile üyelerinin yalnızca hizmet almak istemedikleri, aynı zamanda bakım konusunda bilgi edinme isteğinde oldukları belirtilmiştir (Akdemir ve ark., 2011). Evde bakımın sürdürülebilirliği için çoklu disiplin yaklaşımının benimsenmesi, yüksek kalitede ve etkili bir bakım sunmak için son derece kritiktir. Örneğin, kanser hastaları için evde bakımın başarılı olabilmesi, bireylerin tüm ihtiyaçlarının dikkate alınmasına bağlıdır (Bulut, Kaplan ve Şahin, 2020; Doni ve ark., 2011).

Evde Bakım Hizmetlerine Erişim: Evde sağlık ve bakım hizmetlerine erişim için farklı seçenekler bulunmaktadır. Başvurularınızı Sağlık Bakanlığı'na, yakınınızdaki devlet hastanesinin evde sağlık birimine, özel evde bakım merkezlerine, aile hekiminize, ikamet ettiğiniz semtin sağlık işleri bölümüne veya varsa bulunduğunuz ilin büyükşehir belediyesine yapabilirsiniz. Ayrıca, evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler ve yakınları, "T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri İletişim Merkezi" olan 444 38 33 numaralı hattı kullanarak başvuruda bulunabilirler (Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2023).

Kemoterapiye Bağlı Fiziksel Sorunlar ve Evde Bakım

Kanser, hastalar ve aileleri için birçok soruna yol açmaktadır (Wilson ve ark., 2016; Achterberg, 2010). Bu konular ve sorunlar günlük yaşamın birçok alanında ortaya çıkmakta ve böylece hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (Mah ve ark., 2021). Literatür taramasına göre, kanser hastaları ve aileleri bilişsel, sağlık

bakımı, manevi, sosyal, duygusal ve kişisel yönler gibi çeşitli açılardan çok sayıda sorun yaşamaktadır (McCaffrey ve ark., 2016). İran'da kanserin maliyeti önemlidir ve yeni teşhis edilen vakaların artması nedeniyle önemli ölçüde artacağı tahmin edilmektedir, bu da ulusal kanser kontrol programında önleyici ve tarama programlarının uygulanmasını gerektirmektedir (Rezapour & ark., 2021). Bu sorunların üstesinden gelmek ve bu hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini hayatın çeşitli yönlerinde iyileştirmek için kanser hastalarına yönelik kapsamlı ve bütüncül bir bakım planı geliştirmek gerekmektedir (Hui ve Bruera, 2016). Son yıllarda, ölümcül ve kronik hastaların bakımı yatan hasta merkezlerinden hastaların evlerine kaymıştır (Fabbri ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmanın sonuçları, ölümcül hastalığı olan hastaların çoğunun evde bakım almayı ve yaşamlarının sonunda aileleriyle birlikte olmayı tercih ettiğini göstermiştir (Fadıloğlu ve ark., 2013). Ayrıca, çalışmalar, ölümcül hastalar için evde bakımın sağlık sistemi maliyetlerini düşürdüğünü, hastanede yatış süresini azalttığını göstermiştir. Bununla birlikte, kanser hastaları da dahil olmak üzere kronik ve ölümcül hastalar için evde palyatif bakım İran sağlık sisteminde hala yaygın değildir (Rassouli ve Sajjadi, 2016) ve sağlık sistemi bu hastalar için özel birim ve servis sıkıntısı çekmektedir. Ayrıca, bu hastalar yaşamlarının sonuna doğru tekrar tekrar özel yataklarda yatırılmaktadır (Heydari, 2018). Çoğu durumda, bu hastaların hastaneye yatırılması iyileşmelerini etkilememekte ve sağlık sistemlerine ağır maliyetler yüklemektedir (Aghabarari ve Dehghan, 2015), Bu arada, birçok sağlık sisteminde kanser bakımı evde bakıma doğru kaymaktadır (Andersen ve ark., 2019) ve gerekli planlamanın yapılabilmesi için bu gerekliliğin farklı düzeylerdeki sağlık politika yapımcılarının gündemine alınması gerekmektedir (Hassankhani ve ark., 2018). Bu bağlamda bakım planlamasının ana bileşenlerinden biri, kanserli hastaların bakım ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve araştırmacılar, gerekli önlemleri almak ve gerekli olanakları sağlamak için bu bileşene değer vermelidir (Wang ve ark., 2018). Kanser hastalarının karşılanmamış birçok bakım ihtiyacı vardır ve

kanser bakımı evde sağlandığında ihtiyaçların karmaşıklığı artar (Wang ve ark., 2018). Kanser hastaları için yüksek kaliteli bir evde bakım planlamak ve sağlamak için, bu hastaların bakım ihtiyaçları sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından değerlendirilmelidir (Puts ve ark., 2021). Mishra ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, COVID-19 salgını sırasında akut vaka artışının ve daha az sağlık işgücü mevcudiyetinin, kanser hastaları için hastane temelli bakım modelini ev temelli bakım modeline kaydırıldığı bildirilmiştir (Mishra ve ark., 2020). Evde bakım merkezlerine başvurulmasının diğer bazı nedenleri bulantı, kusma, iştahsızlık, ciddi beslenme bozukluğu ve bu hastalar için ilaç enjeksiyonu ihtiyacıdır. Bazen hastaların aile üyeleri bu merkezlerle iletişime geçerek nazogastrik tüp (NGT) veya parenteral beslenme yoluyla beslenme talebinde bulunmaktadır (Hassankhani ve ark., 2022). Bu nedenle, kanser hastalarının bakımı ve ilgili politika formülasyonu için planlama yapılırken bakım verenlerin bakımı önemli bir parçadır. Ayrıca, hastanelerin taburcu programının ve evde sağlık merkezlerinin kanser hastalarını kabul etme ve sağlık hizmetleri sunma planının gözden geçirilmesi gerekmektedir (Alizadeh ve ark., 2021). Bununla birlikte, İran'da kanser hastalarının karşılanmayan evde bakım ihtiyaçları üzerine çok az çalışma yapılmıştır ve bu hastaların bakım ihtiyaçları yerel ve kültürel konularla ilgili olarak tanımlanmamıştır. Literatür, evde bakım hemşirelerinin farklı kültürler, etnik kökenler ve sosyoekonomik geçmişlerdeki deneyimlerinin incelenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Hassankhani ve ark., 2022). Bu nitel çalışma, kanser hastalarının evde bakım ihtiyaçlarını evde bakım hemşiresinin bakış açısından incelemeyi amaçlamıştır.

Bulantı-Kusmanın Yönetimi: Kemoterapi tedavisinin yan etkileri arasında en belirgin olanlar, gastrointestinal sistemle ilişkilendirilen semptomlardan biri olan mide bulantısı ve kusmadır (Kuo ve ark., 2015). Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının yaklaşık %70-80'inde mide bulantısı ve kusma gibi semptomların görüldüğü belirtilmiştir (Richardson, 2007). Kemoterapi tedavisi gören bireyin yaş, cinsiyet, uygulanan tedavi türü, dozu, miktarı,

diğer ilaçlarla etkileşimi ve uygulama yöntemi, bulantının şiddeti ve kusmanın sıklığı üzerinde etkili olabilir (Keskin, 2011).

Bulantı/Kusmayı önlemek için az ve sık yemek yemesi, aşırı tatlı, yağlı, baharatlı yiyecekleri tüketmekten kaçınması anlatılmalıdır.

Kemoterapiden sonra hekim önerisiyle verilen antiemetik ilaç tedavilerini (metpamid, granexa, emetril gibi) düzenli kullanması bulantı/kusma sorununun hafifletilmesi açısından önemlidir.

Bulantı ve kusmayı önleyebilmek için ağız bakımının düzenli yapılması gerekir (Can, 2010).

İştahsızlık ve Kilo Kaybının Yönetimi: Kanser teşhisi alan hastalar, genellikle iştahsızlık ve kilo kaybı sorunları yaşarlar. Özellikle kanser hastalarında sıkça görülen bu semptomlar, tümörün neden olduğu metabolik değişikliklerle ilişkilendirilebileceği gibi, aynı zamanda bulantı-kusma, ağrı, depresyon, yutma güçlüğü, ağız tadının ve koku almanın bozulması gibi faktörlerden de kaynaklanabilir (Kocaman ve ark. 2013; Çayır ve Işık 2012). Hemşireler, iştahsızlık ve kilo kaybına yol açan faktörleri tespit etmeli, son 24 saat içinde tüketilen besin miktarını, bulantı/kusma durumunu, çiğneme ve yutma yeteneğini değerlendirmeli, hastaların beden kitle indeksini ve son 6 ay içinde yaşanan 10 kilogramdan fazla kilo kaybını takip etmelidir. Ayrıca, diyetisyenle iş birliği yaparak hastaları yüksek kalorili ve proteinli besinler alınması için hastayı desteklemelidir (Uğur, 2014; Bahar ve ark., 2019). Beslenmesi bozulmuş hastalara hekim önerisiyle enteral mamalar başlanabilir. Besleyici mama takviyeleri günde 1 adet olacak şekilde başlanmalı ve ilk başlamada yavaş tüketilmesi anlatılmalıdır. Aksi takdirde bulantı, kusma ve diyare yapabilir. Tamamı tüketilmeyen mamalar buz dolabında saklanmalı ve 1 gün içinde tüketilmelidir. Bir gün içinde tüketilmeyen mamaların içeriği bozulabileceği için içilmemesi konusunda hasta ve aile üyeleri uyarılmalıdır (Bahar ve ark., 2019).

Konstipasyon- Diyarenin Yönetimi: Konstipasyon, haftada üç veya daha az dışkılamamanın gerçekleştiği, dışkının anormal derecede sert olduğu veya dışkılamamanın ekstra çaba gerektirdiği bir durumdur (Can, 2010). Hastanın bağırsak fonksiyonlarını günlük olarak değerlendirmeli. Opioid tedavisi alan ve risk faktörlerini taşıyan bazı kanser hastaları için, doktor tavsiyesi üzerine, bağırsak protokolü profilaktik olarak başlatılabilir. Bu protokolün hedefi, hastanın son iki veya üç günde normal dışkılamayı gerçekleştirmesini sağlamaktır. Nötropenik veya trombosit değeri düşük olan hastalarda rektal suppozituarlar, fitil, enema kullanımından kaçınılmalıdır. Eğer hastada özel bir sağlık sorunu yoksa, günlük sıvı alımı 1500-2000 ml arasında tutulmaya çalışılmalıdır. İçeceklerin aşırı sıcak veya soğuk olması peristaltik hareketlerin artmasına neden olmaktadır. Kahve, çay, alkol kullanımından kaçınılmalıdır. Doğal laksatifler olarak kuru erik, kuru erik suyu, papaya gibi seçenekler tercih edilmelidir.

Diyare, bağırsaklardan besinlerin yetersiz emilimi veya gastrointestinal sistemden sıvı ve elektrolit salınımının anormal artışı sonucu gaita sayısında ve sıklığında artışa yol açan bir durumdur. Diyare belirtilerini, başlangıç zamanını, gaita özelliklerini ve süresini izlemek önemlidir. Ayrıca hastayı dehidratasyon belirtileri, sıvı ve elektrolit kayıpları, karın ağrısı, halsizlik, ateş gibi semptomlar açısından değerlendirmek gerekir. Hafif ve sindirimi kolay, posasız yiyecekler tercih etmesi, aşırı sıcak ve soğuk besinlerin tüketiminden kaçınması konusunda bilgilendirilir. Günlük sıvı alımının 10-12 bardak olarak hedeflemesi tavsiye edilir. Diyetine lif açısından zengin gıdalar eklemesini önerilir, bunlar arasında elma, muz, yulaf ezmesi ve patates bulunabilir. Ayrıca, sık sık ve küçük porsiyonlar halinde beslenmeyi tercih etmesi anlatılır. Diyare durumunun şiddetlenmesine neden olabilecek yiyeceklerden (kızartmalar, soğuk içecekler, alkol, kafein vb.) ve ilaçlardan kaçınması konusunda bilgilendirilir (Uğur, 2014).

Stomatit Gelişiminin Önlenmesi: Kemoterapi tedavisinin bir sonucu olarak hastalarda ağız ve ağız boşluğu mukozasında sorunlar meydana gelebilir. En yaygın olarak karşılaşılan sorun, ağız

içi mukozanın iltihaplanması olan stomatittir. Hastaların ağız mukozası kızarıklık, ağrı, ödem, eritem yönünden değerlendirilmelidir. Ağız bakımının düzenli yapılması ağız mukozasında enfeksiyonlardan korumak için önemlidir. Hekim tarafından önerilen ağız gargaraları ya da evde hazırlanan gargaralarla (1 su bardağı su ile 1 çay kaşığı karbonat karışımı) günde en az 4 kez ağız çalkaması yapılmalıdır. Ağız mukozasında hassasiyet, ağrı ve kızarıklık oluşursa çalkalama işlemi 6 kez yapılabilir.

Ayrıca; kemoterapi sonrasında, dişler ve diş etleri daha hassas hale geldiğinden diş eti kanamalarını önlemek için hastanın yumuşak kıllı bir diş fırçası kullanması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (American Cancer Society, 2018; Kuo ve ark., 2015; Erdoğan, 2011).

Yorgunluk ve Uyku Sorunlarının Yönetimi: Kansere bağlı yorgunluk, genellikle sağlıklı bireylerin deneyimlediği yorgunluktan daha şiddetlidir ve sadece dinlenerek yeterli bir rahatlama sağlayamaz (Tarakçıoğlu Çelik, 2016). Yorgunluk, genellikle uygulanan tedavi türü ve miktarı, anemi, kas zayıflığı, eşlik eden diğer hastalıklar, uyku eksikliği, duygusal zorluklar ve ağrı ile ilişkilidir (Kudubeş, 2014; Asona ve ark., 2014). Yorgunluğa yönelik bakım planlanırken, öncelikle yorgunluğun tanımının yapılması ve yorgunluğu artıran ve azaltan faktörlerin tespit edilmesi gereklidir (Uğur, 2014; Kudubeş, 2014). Hastaya enerji tasarrufu sağlama yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir, bu da sık sık merdiven çıkmamayı ve sık kullanılan eşyaları kolayca erişilebilir bir yerde tutmayı içerebilir (Doğan, 2019). Hastalar mümkün olduğu kadar kemoterapi sürecinde günlük aktivitelerini devam ettirmesi konusunda teşvik edilmelidir. Bir araştırmada, egzersizin hem fizyolojik hem de psikolojik olarak rahatlatıcı etkilere sahip olduğu ve ilaç tedavisiyle birleştirildiğinde yaşam kalitesini olumlu bir şekilde iyileştirdiği bulunmuştur. Günün erken saatlerinde ve akşamları uygun havalarda yürüyüş planlamaları yapılabilir. Haftada 3 gün 45 dakika tempolu yürüyüşler önerilebilir (Yavuzşen ve Çelitik, 2014).

Uykusuzluk, onkoloji hastalarının %30-50'sinde görülmektedir (Yavuzşen ve Çelitik, 2014). Uykusuzluk ve uyku problemleri ilerleyen aşamalarda bireylerde yorgunluk, genel iyi hissetme düzeyinde azalma, ruh halinde değişiklikler ve psiko-sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Doğan, 2019). Tedavi planı, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri kapsamalıdır. Uyku hijyeni uygulamaları, bilişsel-davranış terapileri, hipnoz gibi tekniklerin, bireylerde gözlenen uykusuzluk semptomlarını hafifletmede etkili olduğu rapor edilmiştir (Doğan, 2019).

Enfeksiyon- Ateş Takibi: Hasta kemoterapisini alıp eve döndüğünde enfeksiyon olasılığı bulunan kaynaklardan uzak tutulmalıdır. Kemoterapi ve radyoterapi, kemik iliğinin yeni hücre üretme yeteneğini etkileyerek hücre üretim hızını azaltır. Bu hızlı hücre ölümü sonucunda lökositler ve özellikle nötrofil sayısında düşüş meydana gelir. Nötropeni, vücudu mikroorganizmalara karşı savunmasız hale getiren bir durumdur. Bu nedenle, enfeksiyonlar nötropeni yaşayan hastalar için en büyük risklerden biridir (Can, 2010).

Hasta enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirilmelidir. Hastanın evinde kendisine ait ateş ölçerinin bulunması gerekir. Kendini kötü hissettiğinde, titreme durumunda ateş takibinin yapılması konusunda bilgilendirilmelidir. Ateş takibinde 38 derecenin üzerinde bir ateş durumu olursa bir sağlık kuruluşuna ulaşımı sağlanmalıdır. Yüksek ateş durumu hastaya kemoterapi uygulaması yapan hekimine bildirilmesi konusunda hastaya/aile üyeleri bilgilendirilmelidir. Hekim istemiyle antibiyotik ve antipretik tedavileri düzenli kullanılmalıdır.

Hasta ve aile üyeleri ziyaretçi kısıtlaması yapmalı, el temizliğine dikkat etmeli, grip veya nezle gibi semptomları olan kişilerle biraraya gelmekten kaçınmalı, aile üyeleri ya da ziyaretçilerle tokalaşma, sarılma, öpüşme gibi enfeksiyon riskini artıracı davranışlardan kaçınılması gerektiği anlatılmalıdır.

Hastane ya da kalabalık ortamlarda 3M özellikli maskelerin kullanılması önerilmelidir (Uğur, 2014).

Bazı kemoterapi uygulamaları sonrasında enfeksiyon riskini azalmak ve bağışıklığı desteklemek amacıyla hekim önerisiyle Leucostim/Neupogen isimli enjeksiyon tedaviler kullanılabilir. Leucostim/Neupogen enjeksiyonunun nasıl yapılacağı hasta/aile üyelerine uygulamalı olarak anlatılmalıdır. Leucostim/Neupogen enjeksiyonunun buz dolabında saklanması ve enjeksiyon işleminden 30 dk. kadar önce oda sıcaklığında bekletilmesi konusunda da bireylerin bilgilendirilmesi gerekir. Leucostim/Neupogen enjeksiyonları hekimin önerisi doğrultusunda düzenli kullanılmalıdır. Genellikle kemaoterapiden 24 saat snra başlanacak şekilde, kemoterapinin 1. Haftası 2 gün, 2. Haftası 3 gün SC olarak uygulamalıdır. Evde Leucostim/Neupogen enjeksiyonu sonrası hastalar ağrı ve halsizlik yönünden değerlendirilmelidir (Bahar ve ark., 2019).

Kanama Riski Yönünden Takip: Kemoterapi ilaçlarının kemik iliğini baskılayarak trombosit üretimini azaltması sonucu trombosit sayısının düşmesi meydana gelir. Kanama riskini değerlendirmek için hastanın trombosit seviyesini kontrol etmek önemlidir. Hastada peteşi (küçük kanamalı lekeler), ekimoz (morarma), hematüri (idrarda kan), hipotansiyon (düşük kan basıncı), taşikardi (hızlı kalp atışı), anemi (kansızlık) ve trombosit sayısında ($150,000/\text{mm}^3$ 'den az) azalma gibi belirtiler görülebilir. Hastaların düşmelerden korunması için güvenli bir çevre oluşturmanın önemi üzerine hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir. Ayrıca, deri ve mukoza bütünlüğünün korunmasının ne kadar önemli olduğu da özellikle belirtilmelidir. Ağız hijyeni için yumuşak diş fırçası kullanılması tavsiye edilmelidir. İnvaziv müdahalelerin mümkünse önlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle, hastalara ve yakınlarına aspirin ve non-steroid anti-enflamatuar ilaçların kullanılmaması gerekliliği anlatılmalıdır. (Can, 2010). Hastanın güvenli bir çevrede bulunmasını sağlamak, düşme veya travma risklerini en aza indirmek için çaba göstermek önemlidir. Trombosit sayısını düzenli olarak izlemek, hastanın yatak içinde hareket etme,

dışkılama sırasında ve ağır nesneleri kaldırma esnasında Valsalva manevrasını yapmamak için dikkatli olmak gerekmektedir. Aynı zamanda derideki morluklar veya kanamaların izlenmesi, dişeti, burun, idrar ve dışkıda anormal kanamaların takip edilmesi önemlidir (Uğur 2014; Sis 2014).

Port Katater Bakımı: Kemoterapi tedavilerinin uzun süreli olması ve kemoterapik ilaçların periferik damarlara zarar verme potansiyeli nedeniyle, kanser hastaları genellikle santral damar erişim yollarını kullanmak zorundadır ve bu amaçla genellikle port kateterler tercih edilmektedir (Sarı ve ark.,2022). Erişim bölgesi veya rezervuar, genellikle göğüs ön duvarı, koltuk altı veya omuz bölgesinde cilt altına yerleştirilen ve cilt yüzeyinden kabarık ve elle hissedilebilen bir cep şeklinde bulunan bir yapıdır. Bu rezervuarlar genellikle titanyum alaşımından yapılmıştır. “Subkutan Venöz Port Kateter” olarak adlandırılan bu kateterler, uzun süreli ilaç tedavilerinde güvenli ve kolay bir venöz giriş sağlayan, cilt altına tamamen implante edilen küçük cerrahi bir işlemle yerleştirilen, diğer santral kateterlere göre daha düşük enfeksiyon riski taşıyan santral damar erişim yolları olarak bilinir (Kaygın ve ark.,2012; Hancock-Howard ve ark., 2010). Venöz port kateterlerin kullanımı sırasında bazı yaygın komplikasyonlar gözlemlenir. Bu komplikasyonların başlıcaları, enfeksiyon, kateter tıkanıklığı, venöz tromboz ve yanlış pozisyonda yerleşim şeklindedir. Bu tür komplikasyonlar, kateterin takılmasının ardından herhangi bir dönemde meydana gelebilir (LaRoy ve ark., 2015; Özer ve Bayar, 2011; Güven, 2020; Ullman ve ark., 2015). Port kateterin geç komplikasyonlarından biri olan kateter tıkanıklığını engellemek amacıyla, port kateter bakımında heparin kullanımı yaygın bir uygulamadır. Heparinler, klinikte sıkça kullanılan antikoagülan ilaçlardır (Warttinger ve ark., 2017).

Klinik uygulamalarda, genellikle port kateter bakımı yaklaşık her 4-6 haftada bir yapılır. Bu süreçte kateterin işlevselliğini korumak için titizlikle uyarılması gereken kurallar bulunmaktadır (Turan ve ark., 2013). Kateterlerin giriş yerleri enfeksiyon yönünden takip edilmelidir.

Eğitim Desteği: Kanser hastalarının evde uzun süreli tedavi gördüklerine ve kişisel hijyen ve kemoterapi ilaçlarının yan etkileri konusunda eğitilmeleri gerektiğine inanılmaktadır. Hassankhani ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hastaların kemoterapinin yan etkileriyle ilgili eğitim almaları durumunda kemoterapi ile daha kolay başa çıkabilecekleri ve daha düşük düzeyde stres yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Hassankhani ve ark., 2022).

Sonuç

Kemoterapi tedavisi sırasında hastalar, bazen yoğun ve rahatsız edici semptomlar deneyimleyebilirler. Ayaktan kemoterapi, kanser tedavisinde önemli bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta dostu, ekonomik ve uyumlu tedavi yöntemleri arasında yer alan bu uygulama, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve kanserle mücadelede daha olumlu sonuçlar elde etmek için büyük bir fırsattır. Ayaktan kemoterapi ünitelerinde tedavi alan hastaların, tedavi sırasında bu semptomlarla evlerinde başa çıkmaları gerekmektedir. Bu süreçte, aile bireyleri genellikle hastaların yaşadığı sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olurlar. Ancak hastalık ve tedaviyle ilgili yeterince bilgilendirilmemiş aile üyeleri, bakım yükü altında zorluk yaşayabilirler. Kanserin vücuda verdiği zararların yanı sıra, kemoterapi gibi tedavi yöntemleri de vücut üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Kemoterapi ilaçları hastalığın tedavisine katkı sağlarken aynı zamanda, bulantı-kusma, ağrı, iştahsızlık, nefes darlığı, ağız içi mukozit, yorgunluk ve duygusal değışiklikler gibi yan etkilere yol açabilir. Ancak, bu semptomlar etkili hemşirelik müdahaleleri ile önlenabilir veya hafifletilebilir.

Kaynaklar

Achterberg, WP., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., & et al. (2010). Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *Pain*;148:70e74.

Aghabarari, M, & Dehghan Nayeri, N. (2015). Futile Care: challenges of applying futility concept in caring domain. *J Hayat*, 21:1–5.

Akdemir, N, Bostanoğlu, H, Yurtsever, S, Kutlutürkan, S, Kapucu, S. & Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57- 65.

Akdemir, N., & Can, G. (2020). Kanser ve Hemşirelik. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi,329-90.

Alizadeh, Z, Rohani, C, Rassouli, M, & et al. (2021). Transitional Cancer Care Program from Hospital to Home in the Health Care System of Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, 22:1231–7.

Altınova, HH, & Duyan ,V. (2013). Onkolojik sosyal hizmet. *Turkish Journal of Medicine And Primary Care*, 7(3):40-45.

American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2018.USA: The Amerikan Cancer Society; 2018. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-andstatistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>. Adresinden 11 Ekim 2023 tarihinde alınmıştır.

Andersen, SK, Croxford, R, Earle, CC, & et al. (2019). Days at home in the last 6 months of life: a Patient-Determined quality indicator for cancer care. *J Oncol Pract*;15:e308–e15.

Aslan, FE, Olgun, N, Uzun, Ö. & Uslu, Y. (2014). Onkoloji. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (editörler). *Dahili ve Cerrahi*

Hastalıklarda Bakım, 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 183-209.

Asona, M, & Finlayson, L.M. (2014). Meta-Analysis of Three Different Types of Fatigue Management Interventions for People with Multiple Sclerosis: Exercise, Education, and Medication. Hindawi Publishing Corporation Multiple Sclerosis International J:12

Bahar, A, Ovayolu, Ö. & Ovayolu, N. (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar Ve Hemşirelik Yönetimi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 6(1); 42-56.

Barbaros, B. & Dikmen, M. (2015). Kanser immünoterapisi. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 31: 177-81.

Baskar, R, Lee, KA, Yeo, R, & Yeoh, KW. (2012). Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. Int J Med Sci, 9: 193-9.

Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3).

Bethell, C. (2017). Nursing care of people with cancer. In: LeMone, P, Burke, KM, Bauldoff, G, Gubrud-Howe, P, Levett-Jones, T, Hales, M, Berry, K, Carville, K, Dwyer, T, Knox N, Moxham, L, Raymond, D, Reid-Searl, K (eds). Medical–Surgical Nursing. Volumes 1–3: Critical Thinking for Person-Centred Care, 3 rd ed. Malaysia, Pearson Australia Group Pty Ltd, 359-408.

Bhosle, J. & Hall, G. Principles of cancer treatment by chemotherapy. Surgery, 2009;4(27):173-177.

Bulut, Ö.Ü., Kaplan, S. & Şahin, S. (2020). Jinekolojik Kanserde Evde Bakım ve Teknoloji Kullanımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(2), 193-201.

Buttiron Webber, T, Giuliano, S, Patrone, C, Briata, IM, Franconeri, M, Marceca, F, Magnani, M, Paciolla, F, Provinciali, N, Defferrari, C, Clavarezza, M, D'Amico M, Gozza, A, Boitano, M, Alessio-Mazzola, M, Cevasco, I, & DeCensi A. (2021). Home Se-

Cure: A Home Care Service for Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 17;18(20):10913. doi: 10.3390/ijerph182010913. PMID: 34682650; PMCID: PMC8535406.

Can, G. (ed) (2010). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevleri.*

Can, G. (2007). *Gastrointestinal Sorunlar. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning:44-46.*

Can, G. (2014). *Onkoloji. İçinde: Enç N (editör). İç Hastalıkları Hemşireliği, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 365-411.*

Cortese, M. Cancer. In: Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D., & Reinisch C (eds). (2020). *Lewis's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems, 11th ed. Canada, Elsevier, 957-1069.*

Çalışkan, T, Duran, S, Karadaş, A, Ergün S. & Tekir Ö. (2015). *Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(1), 27-36.*

Çayır, Y, & Işık, M. (2012). *Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi; Ek sayı 1:87-89.*

Dalay, N., & Buyru, N. (2020). *Kanser Biyolojisi. İçinde: Can G (editör). Onkoloji Hemşireliği, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 9-19.*

Doğan, I. (2019). *Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Kontrolü ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Edirne.*

Doğan İ. & Taştekin D. (2019). Hedefe Yönelik Tedaviler. Can G (editör). Onkoloji Hemşireliği, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 165-70.

Doni, L., Perin, A, Manzione, L, Mattioli, R., Speranza GB., Latini L, Lop A., Bertetto O, Ferraù F, Pugliese P, Tralongo P., Zaniboni A., Di Costanzo F. (2011). The impact of anemia on quality of life and hospitalisation in elderly cancer patients undergoing chemotherapy. / Critical Reviews in Oncology/Hematology, 70-77. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.04.002

Dündar S, Deniz EB, Ünlü F, Dede İ., & Türkyılmaz M. (2020). Ülkemizde Kanser Kontrolü. İçinde: Can G (editör). Onkoloji Hemşireliği, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 3-7.

Erdoğan, G.Y. (2011). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü (tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik (2023). [Esencan Yılmaz, T & Merih Doğan, Y. \(2010\). Kemoterapide Semptomların Yönetimi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni,41\(1\), 35-42.](https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/202306021.htm#:~:text=MADDE%20%2D%20(1)%20ESH%C4%B0M,24.00'a%20kadar%20ba%C5%9Fvuru%20yapabilir. Adresinden 7.11.2023 tarihinde erişilmiştir.</p></div><div data-bbox=)

Fabbri, M, Caldas, AC, Ramos, JB, & et al. (2020). Moving towards home-based community-centred integrated care in Parkinson's disease. Parkinsonism Related Disorders, 78:21-6.

Fadıloğlu, Ç, Ertem G, & Şenuzun F. (2013). Evde Sağlık ve Bakım. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.

Grande, GE, McKerral, A, Addington-Hall, JM, & Todd, CJ. (2003). Yaşamın son yılında ölüm yeri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma. *J Palliat Bakımı*, 19:263–70.

Gündoğan, NÜ. (2017). Protein Sentezi, Hücre İşlevi ve Hücre Çoğalmasının Genetik Kontrolü. İçinde: Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji Onüçüncü Baskı, Yeğen BÇ (Çeviri editörü). Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology Thirteenth Edition, Hall JE. 13. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 27-43.

Güven, C. (2020). Subkutan venöz port katater uygulamalarımızın değerlendirilmesi: 6 yıllık klinik tecrübemiz. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg*;6(1):29-40. doi: 10.30569.adiyamansaglik.624148

Hancock-Howard, R, Connolly, BL, McMahon, M, Menon, A, Woo, G, Wales, PW, & et al. (2010). Cost-effectiveness analysis of implantable venous access device insertion using interventional radiologic versus conventional operating room methods in pediatric patients with cancer. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*;21(5):677-84. doi: 10.1016/j.jvir.2010.01.014

Hassankhani, H, Dehghannezhad, J, Rahmani, A, Ghafourifard, M, Soheili, A, & Lotfi, M. (2022). Caring Needs of Cancer Patients from the Perspective of Home Care Nurses: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 1;23(1):71-77.

Hassankhani, H, Rahmani, A, & Dehghannezhad, J. (2018). “Letter to Editor” development of palliative care in cancer patients: A Neglected Necessity. *Iran J Nurs*;31:1–5

Hawkins, R, & Grunberg, S. (2009). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Challenges and Opportunities for Improved Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1):54-64.

Heydari, H. (2018). Home-based palliative care: A missing link to patients’ care in Iran. *J Hayat*. 2018;24:97–101

Hui D, & Bruera E. (2016). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*, 13:159.

Karaca, E. (2018). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Karacan, Y. (2020). Hematopoetik Kök Hücre Nakli. İçinde: Kapucu S, Kutlutürkan S (editörler). Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi, 151-71.

Kav, S. (2020). Kanser ve Epidemiyolojisi. İçinde: Kapucu S, Kutlutürkan S (editörler). Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi, 3-10.

Kaygın, MA, Dağ, Ö, Güneş, M, Şenocak, M, & Erkut, B. (2012). Malign hastalarda intravenöz port kullanımı: 5 yıllık klinik deneyim. *Selçuk Tıp Dergisi*;28(1):17-21.

Kaykunoğlu, M. & Tambağ, H. (2022). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *CBU-SBED*, 9(3): 429-435

Keskin, A. (2011). Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusma Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Hem OncSpecial Topics*; 4(2):43-9.

Kocaman, YN, Kaçmaz, N, & Özkan, M. (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 4 (3): 153-158.

Koçubaba, Ş. & Tekgündüz, E. (2019). Hematopoetik Kök Hücre Nakli. Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 223-30.

Korkmaz, Ö.Y. (2008). Kemoterapi Sırasında Oluşan Reaksiyonların Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Köken, ZÖ. (2020). Cerrahi. İçinde: Kapucu S, Kutlutürkan S (editörler). Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi, 43-9.

Kudubeş, A. (2014). Çocuğun Kansere Bağlı Yaşadığı Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. Türk Onkoloji Derg;29(3):120-4.

Kuo, CY, Liang, SY, Tsay, SL, Wang, TJ, Cheng, SF. (2015). Symptom Management Tasks and Behaviors Related to Chemotherapy in Taiwanese Outpatients with Breast Cancer. European Journal of Oncology Nursing 19:654-9.

LaRoy, JR, White, SB, Jayakrishnan, T, Dybul, S, Ungerer, D, Turaga K, & et al. (2015). Cost and morbidity analysis of chest port insertion: interventional radiology suite versus operating room. Journal of the American College of Radiology;12(6):563-71. doi: 10.1016/j.jacr.2015.01.012

Mah, K, Chow, B, Swami, N, et al. (2021). Early palliative care and quality of dying and death in patients with advanced cancer. BMJ Supportive Palliative Care, 2021.

McCaffrey, N, Bradley, S, Ratcliffe, J, & et al. (2016). What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. J Pain Sympt Manage. 52:318–28.

Mishra, S, Biswas, S, More, S, & et al. (2020). Caring the cancer caregivers in the Era of COVID-19 outbreak. Asian Pac J Cancer Care;5:203–8.

Mohanty, C. (2014). Different approaches to develop radio- and chemotherapy for treatment of human cancer, From Department of Oncology-Pathology Cancer Centrum Karolinska Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, Retrieved from https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/42161/Thesis_Chitralekha_Mohanty.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nordly, M., Vadstrup, E., Sjøgren, P., & Kurita, G. (2016). Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 14(6), 713-724. doi:10.1017/S147895151600050X

Olgun, N., & Aslan, F. (2017). *Fizyopatoloji*, İstanbul: Akademisyen Tıp Kitabevi, syf. 33-51.

Ovayolu, Ö. (2017). *Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 2. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 285-302.

Ovayolu, Ö. (2018). *Kanser Hastalarının Evde Bakımı. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*;4(1):29-36

Özer, AB, & Bayar, MK. (2011). İmplant edilebilir venöz port kateter uygulamalarımızın incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2011;16(1):6-10.

Puts, M, Szumacher, E, Dawe, D, & et al. (2021). Never too old to learn new tricks: Surveying Canadian healthcare professionals about learning needs in caring for older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*;12:262–73.

Rassouli, M, & Sajjadi, M. (2016). Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative care for cancer. *Am J Hospice Palliative Med*, 33:240–4.

Rezapour, A, Nargesi, S, Mezginejad, F, & et al. (2021). The economic burden of cancer in iran during 1995-2019: A systematic review. *Iran J Public Health*. 50:35–45.

Richardson, J, Smith, J, Richardson, A, Mccall Gsalge, Pilkington, K, Kirsch I, et al. (2007). Hipnosis for Nasued and Vomiting in Cancer Chemoterapy: A Systematic Review of The Research Evidence;16(5):402-12.

Rowland, JH. (2008). What Are Cancer Survivors Telling Us. *The Cancer Journal*, 14(6):361-368.

Sarı, A., Sezer, T., Şahin Bölükbaşı S., Sevimligül G., Kılıç S., Yıldız S., & Yücel B. (2022).Port Kateter Bakımında Kullanılan Heparinin Etkinlik Süresinin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 17(2): 47-57

Şen, F. (2015). Karsinogenez. İçinde: Mandel NL (editör). Onkoloji el kitabı, 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevleri, 2-31.

Sis, ÇA. (2014). Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3 (3): 933-947.

Tarakçıoğlu, Çelik G.H. (2016). Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. GÜSB; 5(4): 93-100

Temel, M. K, (2015). Sitotoksik Kemoterapötiklerin Yirminci Yüzyıldaki Gelişimi, Türk Onkoloji Dergisi, 30(1).

Turan, D, Cantük, F, Kalenderer, Ö, Öze, l A, Divrik, T, & Karaçelik, M. (2013). Kateter Uygulamaları Bakım Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara. <https://docplayer.biz.tr/4051962-Kateter-uygulamaları-ve-bakimrehberi-2013.html> Erişim Tarihi:16.03.2020

Türk Onkoloji Derneği, Hastalar için Kemoterapi Rehberi, Erişim Tarihi: 15.10.2023

Uğur, Ö. (2014). Kanser Hastasının Semptom Yönetimi. Türk Onkoloji Derg;29(3):125-35

Ullman, AJ, Marsh, N, Mihala, G, Cooke, M, & Rickard, CM. (2015). Complications of central venous access devices: A systematic review. Pediatrics;136(5):e1331-44. doi: 10.1542/peds.2015-1507.

Yamagishi, A, Morita, T, Miyashita, M, et al. (2012). Japonya'da genel halk ve kanser hastalarının tercih ettiği bakım yeri ve ölüm yeri. Destek Bakım Kanseri, 20 :2575–82.

Yavuzşen, T, Çelitik, A, & Yılmaz, U. (2014). Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Derg*;29(3):112-9.

Wang, T, Molassiotis, A, Chung, BPM, & et al. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*;17:1–29.

Warttinger, U, Giese, C, & Krämer, R. (2017). Comparison of Heparin Red, Azure A and Toluidine Blue assays for direct quantification of heparins in human plasma. *arXiv preprint arXiv:171203377*. doi: 10.48550/arXiv.1712.03377

Wilson, O, Avalos, G, & Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *Br J Nurs*. 25:600–5.

Workman, ML. (2018). Principles of Cancer Development. In: Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar CR, Heimgartner NM (eds). *Medical-Surgical Nursing Concepts for Interprofessional Collaborative Care*, 9 th ed. Canada, Elsevier, 804-22.

World Health Organization. Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Son Erişim Tarihi: 29 Ekim 2023.

World Health Organization. The International Agency for Research on Cancer (IARC) Cancer Tomorrow 2020. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype> Son Erişim Tarihi: 15 Ekim 2023.

BÖLÜM VI

Watson’ın İnsan Bakım Modeli Perspektifinden Multiple Skleroz

Fatma ÖZKAN TUNCAY
Funda GÖKÇEK

GİRİŞ

Watson tarafından geliştirilen “İnsan Bakım Modeli” insan bakımı, ilişkiler ve yaşamın derin insan deneyimlerini içeren bir teoridir. 1979’da yayınlanan Watson’ın İnsan Bakımı Teorisi postmodern hemşire bakımı ve felsefesi için bir başlangıç olmuştur (Wei ve ark., 2019). Watson, insanı önemsenen, saygı duyulan, büyütülen, anlaşılan ve yardım edilen değerli bir kişi olarak tanımlamış ve hastanın başarılı olmasına yardım etmeye odaklanmıştır (Aghaei ve ark., 2020; Kıymaz ve ark., 2021). Watson, hasta bakımını tedavi merkezli bir yaklaşımdan bütünsel bir zihin, beden ve ruh iyileştirme bakış açısına dönüştürmeyi amaçlamaktadır (Sitzman ve Watson, 2020). Bu perspektifle model, hemşirelik uygulamalarına, eğitimine ve araştırmasına rehberlik

etmek için kullanılan bir bakım yaklaşımı olarak kabul edilmektedir (Wei ve ark., 2019).

Watson'ın teorisi kişiler arası ilişkiye, insan ve hemşirelik paradigmasına odaklanır. Bir insanın tek bir nesne olarak iyileştirilemeyeceğini ileri sürer. Tam tersine kendisinin, çevresinin, doğanın ve daha büyük evrenin bir parçası olduğunu savunur. Bu teoride çevre rahat, güzel ve huzurlu olarak tanımlanır ve insanı önemsemek, zihin-beden-ruh etkileşimini gerektiren ahlaki ideal olarak kabul edilir (Ozan ve ark., 2015). Teori, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım anı (bakım fırsatı) ve iyileştirici süreçler olmak üzere üç bileşenden oluşur.

Kişilerarası bakım ilişkisi, hemşire ve hasta arasındaki profesyonel, bilimsel, estetik, etik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma-verme davranışları ve tepkilerini içerir. Bu kavram etik, manevi ve felsefi değerlerin yol gösterici ilkesi olarak kabul edilir (Aghaei ve ark., 2020). Watson'ın teorisine göre kişinin bireyselliğine saygı gösterilmesi ile birlikte, zaman ve mekan içinde diğer insanlarla iletişim halinde olması gerekir. Kavramların da belirttiği gibi hümanist bakım tek taraflı ilişkilerin ötesine geçmekte ve sağlık alanında hastalar bakım ihtiyaçlarını yakınları ve sağlık hizmeti verenlerle paylaşmaktadır. Bakımın merkezi insan onurudur (Aghaei ve ark., 2020). Bireylerin varoluşsal alanları onların düşüncelerinden, amaçlarından, beklentilerinden, ihtiyaçlarından, duygularından ve manevi ihtiyaçlarından oluşur ve kişiye özeldir (Arslan ve ark., 2012).

Watson bakım anını, hemşire ve hastanın bir araya geldiği, birlikte çalıştığı, bakım için uygun olan yer ve zaman olarak tanımlamıştır. Bakım anı; iki kişi arasındaki iletişimde bir anda ve bir noktada gerçekleşir ve o anda nasıl davranacaklarına karar verme fırsatını yakalarlar. Hemşire bu anı iyi değerlendirebilmek için hastasını tanımalı ve bu anı kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için fırsat olarak değerlendirmelidir. Bakım anında bakım bilincinde olan hemşire, belirli bir kişiye anlam ve önem vermenin ardındaki önemi keşfetmeye çalışır Hemşire kendinin ve bireyin duygularının

farkında olmalıdır (Aghaei ve ark., 2020; Kabasakal ve Kiriş, 2021). Bakım anı iyi oluşturulduğunda hasta hemşire ilişki süreci derin ve içsel olduğu için; bakım alan da ve bakım veren de bu süreçten memnun ayrılacaktır (Arslan ve ark., 2012).

Watson'ın modelinde bir diğer süreç; iyileştirme süreçleridir. İyileştirme süreçleri diğer adı ile bakım-iyileştirme yöntemleri; hemşirelik müdahaleleri olarak tanımlanmaktadır. Bu müdahaleler hemşirenin hasta ile birlikte fikir alış veriş yaparak tümünden ortaklığa dayanan planlamalardır (Aghaei ve ark., 2020). Bakım hemşire ve hastanın, geçmiş yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanları ile bütünleşmektedir. Bu bütünleşme ile hemşire ve hasta birbirini anlayarak süreci devam ettirdiği için bireyin iyileşme süreci daha kolay olacaktır. Hemşirelerin bireye yaklaşımı ve ilgisinde bu kavramları içselleştirmesi ve benimsemesi gerekmektedir. En önemli kavramalar; değer, sevgi ve takdirdir. Modelde yer alan iyileşme süreçleri; hümanizmin ve adanmışlığın değer sistemi, inanç - umut aşısı, kendine ve başkalarına karşı duyarlılık, yararlı ve güven verici şefkatli ilişki, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmek, bakım sürecinde yaratıcı problem çözme, bireysel öğrenme-öğretme, destekleyici, koruyucu ve/veya düzeltici zihinsel, fiziksel, sosyal ve manevi çevre, insanların ihtiyaçlarına yardımcı olmak, varoluşsal-fenomenolojik-ruhsal güçler olarak sıralanmaktadır (Aghaei ve ark.,2020; Kabasakal ve Kiriş, 202; Arslan, ve ark., 2012).

İyileştirme süreçleri olarak tanımlanan yaklaşımlar hasta bakımın planlarken hemşirelik girişimlerine rehberlik etmektedir. Birbiriyle ilişkili olan bu süreçler hemşirelik bakımının bilim, sanat ve felsefesini oluşturur. Hasta bakımını planlarken tüm süreçler birlikte kullanılabilirken ayrı ayrı da uygulanabilir. Bakımda önemli olan bireyin bir bütün olarak ele alınması, bireyin refahının ve uyumunun güçlendirilmesidir (Yangöz ve Özer, 2020).

Önemli bileşenlerden oluşan bu model hemşirelik uygulamalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Watson'a göre hemşirelik bakımı geleneksel hemşirelik uygulaması değildir. Hemşirelik bilim ve sanata dayanan, uygulamalı ve kuramsal yapısı

olan bir meslektir (Mc crae, 2012). Bilgi, düşünce, etik, değer, güven ve eyleme dayanan bir akademik disiplin olan hemşirelik; bir bilim olarak nitelendirilmektedir (Ozan ve ark., 2015).

Hemşirelikte teori ve modeller hemşirelik mesleğinin özerkleşmesine ve sunulan bakımın bilimselleşmesine katkı sağlar (Özer ve Yangöz, 2020). Bakım, hemşireliğin özüdür aynı zamanda hemşirelik uygulamalarının en merkezi ve birleştirici odağıdır (Sitzman, 2022). Bakım modelleri birçok kronik hastalığın yönetiminde sık kullanılmaktadır. Bu hastalıklardan biri de multiple sklerozdur. Multiple Skleroz (MS) relaps ve remisyon dönemleri ile seyreden merkezi bir sinir sisteminin (MSS) bir hastalığıdır. Beyin, beyincik, beyin sapı ve omurilikten oluşan MSS'ini ilgilendiren bu hastalık sıklıkla 20-40 yaş arasındaki yetişkinlerde görülmektedir (Serhat, 2016). Daha erken veya daha ileri yaşlarda görülme olasılığı oldukça azalmaktadır (Şahin, 2013). MS hastalarında aksonu çevreleyen miyelin kılıfında dejeneratif değişiklikler yaşanmakta ve buna bağlı olarak sinir iletimi yavaşlamaktadır. Sinir hasarı ve sinir iletiminde yavaşlamaya bağlı olarak duylarda azalma, motor fonksiyonlarda yavaşlama, konuşma, görme, yürüme ve dengede sorunlar yaşanabilmektedir. Sayılan belirtiler, hastalığın erken dönemlerinde geçici ataklar şeklinde ortaya çıkarken, tedavide geç kalındığında kalıcı görme kaybı, denge ve yürüme bozukluğu, konuşma ve anlamda yetersizlikler gibi bazı belirtiler kalıcı hale dönüşmektedir (Öztürk ve ark., 2017). Yaşam süresine etkisi olmamasına rağmen uzun yıllar içinde gelişen yeti yitimi sonucunda giderek artan özürlülük durumu hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini sınırlamaktadır. MS hastalığının kesin tedavisi olmamakla birlikte günümüzde erken tanı ve tedavi seçenekleri ile kontrol altına alınabilmektedir (Sevim, 2016). Bu süreçte hastanın kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekli bakım hizmetinin planlanması oldukça önemlidir. Model kullanarak hemşirelik bakımı sunma; standartlaştırılmış bakım sunumunu kolaylaştırmanın yanı sıra, hastanın hastalığa ilişkin yaşadığı semptom ve kısıtlamaları yönetme kolaylığı sağlayacaktır. Bununla birlikte hemşirelik bilgi birikiminin güçlendirilmesi ile mesleğinin geliştirilmesine önemli düzeyde katkı

sağlayacaktır (Aghaei ve ark., 2020; Özkan Tuncay 2021). MS hastalığının yönetiminde insan merkezli bakıma özel önem verilmiş olup, hümanist yaklaşıma odaklanan teorilerden biri olan Watson'ın İnsan Bakımı Modeli kullanılmıştır.

Olgunun Watson'ın İnsan Bakım Modeline Göre Hemşirelik Bakımı

Olgunun Özellikleri

E.T 40 yaşında kadın, evli, iki çocuk sahibidir. Bir şirketin sosyal güvenlik kurumunda çalışmaktadır. Özgeçmişinde farklı bir kronik hastalık öyküsü bulunmayan hasta, 2013 yılında ani gelişen genel durum bozukluğu, uykuya eğilim, konuşamama, beslenememe, ani hareketlerle ortaya çıkan baş dönmesi yakınmaları ile nöroloji polikliniğine başvurmuş; ve yapılan tanısal test ve nörolojik incelemeler sonucu primer progresif multiple skleroz tanısı almıştır. Hasta sıklıkla hareket ile daha çok artan baş dönmesi tariflemektedir. Bu semptoma eşlik eden çift görme ya da konuşma güçlüğü mevcuttur. Özgeçmişinde yaklaşık iki yıl önce iki gün süreli baş dönmesinin olduğu ve kendiliğinden geçtiği öğrenilmiştir. Nörolojik muayenesi normal sınırlarda izlenmiş, oftalmolojik muayenede sol üst kapakta 2 mm pitozis belirlenmiştir. Hastanın Kraniyal Manyetik Rezonans (MR) görüntülemesinde sol serebellumda, dördüncü ventrikül komşuluğunda ponsta ve periventriküler alanlarda T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, kontrast tutmayan lezyonlar izlenmiştir. Çekilen elektroensefalografi normal sınırlarda değerlendirilmiş, sağ serebral hemisferde temporookipital bölgede derin beyaz cevherde 7x3 mm çapta fuziform tarzda, sol serebral hemisferde temporoparietal bölgede derin beyaz cevherde lineer uzanım gösteren 8x1,5 mm çapta daha önce saptanmış lezyon alanlarına ek olarak bu incelemede korpus kallosumda sağda ventriküle dik lineer tarzda 7x1.7 mm çapta üçüncü bir lezyon alanı saptanmıştır. Hastanın ilaç tedavisi; Tecfidera 250 mg tablet enterik sert kapsül, Panto 25 mg tablet ve Ecopirin 100 mg 30 enterik kaplı tablet şeklinde

planlanarak hasta taburcu edilmiştir. 10 yıllık süreç içerisinde E.T. görme kaybı, alt ekstremitelerde güçsüzlük ve baş dönmesi ile seyreden üç atak geçirmiş, her atak durumunda pulse tedavisi alarak taburcu edilmiştir. Yaklaşık 20 gün sonra tüm vücudunda güçsüzlük, baş dönmesi, mobilizasyonda zorlanma nedeni ile hasta yeniden nöroloji kliniğine başvurmuş, magnetik rezonans görüntüleme yapılmış ve aktif plak tutulumları saptanan hasta hastaneye yatırılmıştır. Gerekli tetkikleri tamamlanan hastaya 7 günlük pulse tedavisi uygulanmasına karar verilmiştir. Üçüncü pulse dozunu alan hastanın semptomları devam etmekte, hasta kendi başına hareket etmekte ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanmaktadır. E.T. hastalığın kontrol altına alınması konusunda tedirginlik yaşadığını, kendini zaman zaman çok güçsüz ve değersiz hissettiğini ifade etmiştir. Tüm bu düşüncelerden dolayı hasta uyku örüntüsünün bozulduğunu belirtmiştir.

Olgunun Watson’ın İnsan Bakım Modeline Göre Hemşirelik Bakimi

Kişiler Arası Bakım İlişkisi

Bu süreçte içsel ve dışsal çevresine nasıl ulaşacağını ve bakım iyileşme yaklaşımının nasıl planlanacağına karar verilmiştir. İçsel çevresine ulaşmak için içten ve ilgili davranılmıştır. Dışsal iyileşme çevresi için görüşme yapılan ortamın ışık, ses, renk, rahatlık, güvenlik ve mahremiyet açısından sakinleştirici olması sağlanmıştır.

Bakım Fırsatı Ve Bakım Anı

“Burada bulunmamın nedeni yaşadıklarını anlayabilmektir. Seni dinleyeceğim ve seni anlamaya, senin için önemli olanları öğrenmeye çalışacağım. Sana yardım etmek, destek olmak istiyorum.” İfadeleri kullanılmıştır. Bayan E.T’ye yardım etmek için, “Bana kendinden bahseder misin? Yaşadığın deneyimleri, hissettiklerini, hedeflerini ve beklentilerini paylaşıyor musun?” gibi, sorular sorularak varoluşsal alanı anlaşılmasına çalışılmıştır.

İyileştirici Süreçlerin Başlatılması (Hemşirelik Bakım Uygulamaları)

İnsancıl Değerler Sistemi

Bu süreçte E.T' ye ismi ile hitap edilerek, göz teması kurularak, yakın ilgi gösterilerek önyargısız ve güven verici bir ilişki geliştirilmiştir. Kendisinin olduğu gibi kabul edildiği, son derece değerli ve biricik olduğu hissettirilmiştir. Bireye kendi inanç ve değerlerini rahatlıkla ifade edebileceği söylenmiştir. E.T ye sunulan, içten, güven verici yaklaşım sayesinde, olgu kendisinin önemsendiğini fark etmiş ve kendisini daha iyi hissettiğini ifade etmiştir.

İnanç ve Umut

Birey ile iletişim sürecinde hastaya yakın mesafede oturularak konuşulmuş; kendisini rahatça ifade edebilmesi için yeterli zaman tanınmış, anlaşıldığına ilişkin olarak geri bildirimlerde bulunulmuştur. İletişim sürdürülürken göz teması kurmaya ve dokunsal mesajlar vermeye özen gösterilmiş ve hasta ile etkili bir iletişim sağlanmıştır. Hastalık kaynaklı yaşadığı yetersizliklerin üstesinden gelebileceği konusunda hasta ile planlamalar yapılmış; kendisine destek olunmuştur. Birey yaşamış olduğu hastalığa ilişkin yaşadığı yetersizlikleri, güçlükleri, korkuları rahat bir şekilde ifade edebilmiştir. E.T. bu hastalığın neden olduğu olumsuzlukların üstesinden gelebileceğini, hayatını bu şekilde sürdürebileceğini belirtmiştir.

Kendine ve Başkalarına Karşı Duyarlılık

E.T almış olduğu MS tanısı sonrası vücudundaki değişiklikler, halsizlik, denge kaybı nedeniyle yürümek istemediğini ifade etmiştir. E.T' ye bu süreçte kısıtlı ve uygun hareketlerin kendisi için iyi olacağı, güçsüzlüğün getirebileceği stresten uzak durması gerektiği, kas spazm ve güçsüzlüğünü önlemek için hastaya daha önce öğretilmiş olan ROM gibi egzersizleri uygulayabileceği,

kaslarda ve dizlerde spazmı azaltacağı için prone pozisyonda uyuması gerektiği önerilmiştir. E.T gün içerisinde sık sık mobilize olması yönünde desteklenmiştir. E.T' ye psikolojik destek alması önerilmiştir. Yapılan görüşme sonrasında E.T. servisin koridorunda dolaşırken, diğer hastalarla tanıştığını ve konuştuğunu, onlarla gerçekleştirdiği iletişim sonrasında kendine olan özgüven ve moralinin arttığını belirtmiştir.

Yardım Edici- Güven İlişkisi

E.T hastalığının neden olduğu yetersizlikler nedeniyle, öz bakım gereksinimlerini karşılamada yardıma gereksinim duymaktadır. Birey ile güven verici ilişki kurularak; aile üyelerinden ve sağlık bakım profesyonellerinden ihtiyaçlarını karşılama konusunda yardım istemesi yönünde teşvik edilmiştir. Hasta yapabildiği günlük yaşam aktiviteleri için desteklenmiştir. Tuvalet ihtiyacını belirli saatlerde düzene koyarak rutine oturtursa bir sorun yaşamayacağı anlatılmıştır. Hasta bazı yetersizliklerden dolayı günlük hijyen gereksinimlerini karşılayamadığını belirtmiş ve kendini kirli hissettiğini iletmıştır. Klinikte gerekli planlamalar yapılmış, hastanın klinik banyosunda güvenliği sağlanarak hijyen gereksinimleri karşılanmıştır. Bu uygulamalardan sonra hasta psikolojik olarak rahatladığını ifade etmiştir.

Pozitif ve Negatif Duyguların İfadesi

Tüm iletişim süreçlerinde birey ile açık ve güven verici bir ilişki sürdürülmüş, duygularının ön yargısız bir şekilde dinleneceği mesajı verilmiştir. E.T özellikle iletişim sürecinin başlangıcında, kendini ifade etmede yetersizlik yaşamış, bazı çekingen davranışları olmuş; ancak ilerleyen süreçlerde kurulan destekleyici ilişki doğrultusunda E.T yaşadığı duyguları, korkuları, beklentilerini, memnun olduğu ve olmadığı konuları rahatça ifade edebilmiştir.

Yaratıcı Problem Çözme

Hasta hastane sürecinde bazı zamanlar yalnızlık ve terk edilmiş duygusu hissettiğini ifade etmiştir. E.T' nin, kendi gibi aynı tanıyı alan hastalar ile görüşmesi, duygu paylaşımı yapması ve zaman geçirmesi sağlanmıştır. Bununla birlikte hastanın diğer MS hastaları ile görüşme yapabilmesini sağlamak, birlikte vakit geçirmelerini desteklemek, gerekli durumlarda profesyonel bir ekip tarafından desteklenmesini sağlamak için MS derneklerine yönlendirilmesi yapılmıştır. Ayrıca E.T'nin hastane ortamında uyku sürecinde yaşadığı sıkıntıya yönelik derin gevşeme egzersizleri yapması, dinlendirici bir müzik dinlemesi, ılık bir şeyler içmesi, kafeinli içeceklerden uzak durması önerilerinde bulunulmuş; hastanın bakım, tedavi ve izlem sıklığı gece hastayı uykusundan uyandırmayacak şekilde düzenlenmiştir.

Kişilerarası Öğretme-Öğrenme

E.T' ye kişisel temizlik ve bakımı konusunda bilgi verilmiştir. E.T'ye konstipasyon gelişimini önlemek amacıyla lifli gıdalarla beslenmesi, bol sıvı tüketmesi, servisin koridorunda yürüyüş yapması önerilmiştir ve öğretilmiştir.

Destekleyici, Düzeltici, Koruyucu, Fiziksel, Mental, Sosyal ve Ruhsal Çevre

Hasta hastane ortamında kendini rahatsız eden etkenleri ifade etmesi konusunda desteklenmiştir. E.T' nin dinlenebileceği, duygusal, fiziksel ve ruhsal olarak kendini rahat hissedebileceği bir çevre oluşturulmasına özen gösterilmiştir. Özellikle MS tanısı alan hastalarla birlikte dernek faaliyetlerine katılıp kendine sosyal çevre oluşturabileceği konusunda cesaretlendirilmiştir. Hastalık semptomlarının kontrolüne yönelik gerekli bilgiler anlatılmıştır. Hastanın güvenliğine ve mahremiyetine önem verilmiştir. Hekim istemindeki ilaçlardaki tedavi planına uygun bir şekilde uygulanmıştır.

İnsan İhtiyaçlarını Tatmin Ederek

E.T'nin yardıma ihtiyaç duyduğu durumlar belirlenmiştir. Hasta yaşadığı yetersizliklerden, genç yaşta böyle bir hastalığa yakalanmış olmanın getirdiği güçlüklerden dolayı, bazı aktiviteleri yapmak isteyip yapamadığını belirtmiş ve bundan dolayı duygusal olarak kendini iyi hissetmediğini ifade etmiştir. E.T ile görüşmeler yapılarak, bu duruma uyum süreci hızlandırılmıştır. E.T'nin yaşadığı duygular dinlenmiş, merak ettiği konular sabırlı ve istekli bir şekilde açıklanmıştır. E.T, bu süre içerisinde kaygı ve korkuları ile baş edebilme konusunda cesaretlendirilmiştir. Kendisini yetersiz hissettiği konuları rahatça ifade edebileceği bir bakım ortamı sağlanmıştır.

Varoluşsal-Fenomenolojik Manevi Güçlere Anlayış Gösterme

E.T. almış olduğu MS tanısı nedeniyle ciddi korkular yaşadığını ifade etmiştir. Hastalığın ilerlemesinden, zamanla yatağa bağımlı kalabileceği hatta ölümle sonuçlanabileceği korkularını taşıdığını anlatmıştır. Hasta ile kurulan güven verici ilişki doğrultusunda hasta ölüm korkusuyla baş edebileceğine inandığını açık bir şekilde ifade etmiştir. Aynı zamanda moralinin yükseldiğini ve kendisini rahatlamış hissettiğini belirtmiştir

Sonuç

Watson Teorisi, kronik hastalıklar dahil olmak üzere çeşitli alanlarda hastanın onurunu göz önünde bulundurarak insan bakımı sağlamaya yönelik bir modeldir. Ayrıca, model farklı koşullar ve yerlerde kullanılabilecek ve hastayı kültürel bağlamı, ailesi ve toplumu içinde analiz eden, sağlık hizmeti sağlayıcısının uyum sağlamasına ve benzersiz bakım sunmasına olanak tanıyan genel bir çerçevedir. Temel teori kavramlarının kullanılması, hasta bakım planlamasında tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları için ortak bir dil sağlamaktadır. Hasta bakım planlamalarında, hastanın yaşamının manevi yönlerine dikkat etmek, hastanın ihtiyaçlarının amaçlı bakım yoluyla karşılanması, etkili varoluş, sevgi ve nezaket uygulaması gibi hümanist ilişki çerçevesi ve stratejileri kullanılmasını sağlamaktadır. Bu olgu sunumunda MS hastanın hemşirelik bakımı,

Watson'ın İnsan Bakım Modeli doğrultusunda planlanmış, iyileştirme süreçleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Sürekli hemşire-hasta etkileşimi ve hastanın “sağlıklı iyileşme-sağlıklı yaşam” aşamasına ulaşmasını sağlamaya yönelik nihai hedefe ulaşılması ayrıntılı olarak anlatılmış ve Watson'ın İnsan Bakım Modelinin multiple skleroz hastalık yönetiminde hemşirelik bakımının planlanmasında uygun olduğu belirlenmiştir.

Kaynaklar

Aghaei, M.H., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2020). Watson's human caring theory-based palliative care: a discussion paper. *International Journal of Cancer Management*, 13,6, e103027I. <https://doi.org/10.5812/ijcm.103027>

Arslan, İ., & Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2),61-72

Baykara, G.Z., Çalışkan, N., Öztürk, & D, Karadağ A. (2019). Hemşirelikte teori ve model kullanımı: nitel bir çalışma. *Cukurova Med J*;44(Supl 1):281-289

Bozkuş, S., & Olgun, N. (2019). Diyabetik ayak enfeksiyonu olan bireylerde Watson'un İnsan Bakım Modelinin uygulanması: olgu sunumu. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 11(1), 42-46.

Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç., & Aykar, F. (2018). Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Türk J Cardiovasc Nurse*, 9(19), 82-88.

Kabasakal, A. & Kitiş, Y. (2021). Watson' ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 6(2),125-137

Karadakovan, A., & Aslan, F.(2017).Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım.Akademisyen Kitabevi.Ankara

Kıymaz, D., Bal, C., Koç, Z., & Çiftçi, A. B. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımına bir örnek: Ateşli silah yaralanması olgusu. *Sağlık Ve Toplum* 2021;31 (2), 204-210

Ozan, Y.D., Okumuş, H., & Lash, A.A. (2015). Implementation of Watson's Theory of Human Caring: A Case

Study. International Journal of Caring Sciences. January-April, 8(1), 1

Özgürsoy, B., Özer, S., & Yıldırım, Y. (2015). Watson insan bakım modeli uygulamasına bir örnek: Kalp yetersizliği olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11). 183-198.

Özkan Tuncay F., (2021) Sinir Sistemi ve Hastalıkları, Hastalıklar Bilgisine Sistematiik Yaklaşımlar, Ed. Fatma Hastaoğlu, Nobel Akademik Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, ss: 179-219.

Serhat, S. (2016). Multiple skleroz atakları üzerine güncelleme: tanım, patofizyoloji, özellikler, taklitçiler ve tedavi. *Türk J Neurology*, 22, 99-108

Serra, Ö., Güneş, A. Ferah, K., & Muzaffer, S. (2017). Multipl skleroz. *Akd Tıp D / Akd Med J*. 3, 137-147

Sitzman, K., Watson, J. (2018). Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory. Springer Publishing Company, Newyork,17

Şahin D., Çınar D., & Karşıdağ D. (2013). Multipl Sklerozun Psikiyatrik Yönleri. *Maltepe tıp derg.* 2013;5(1), 40-3.

Watson, J., & Woodward, T. K., (2010). Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories and nursing practice*, 3, 351-369.

Wei, H., Fazzzone, P. A., Sitzman, K., & Hardin, S. R., (2019). The Current Intervention Studies Based on Watson's Theory of Human Caring: A Systematic Review. *International Journal for Human Caring*, 23

Wei, H., Sitzmann, K., & Fazzzone, P. (2019) Watson'ın İnsan Bakımı Teorisine Dayalı Güncel Müdahale Çalışmaları: Sistematiik Bir İnceleme. *Uluslararası Bakım Dergisi*, 23 (1), 4-22, <https://doi.org/0.20467/1091-5710.23.1.4>

Yangöz, Ş., & Özer, Z. (2020). Nursing Approach Based on Watson's Theory of Human Caring in Treatment Adherence in

Hemodialysis Patients. *Bezmialem Science*, 8(2), 189-95.
<https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2019.3546>

Yeter Durgun Ozan, B.S.N. (2015). Implementation of Watson's theory of human caring: A case study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 25.

BÖLÜM VII

Yaşlılarda Sağlık Algısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Fikriye ÇETİNSEL¹
Mine BAHÇECİ²

Giriş

Yaşlanma, yaş alma ve yaşlılık engellenmesi mümkün olmayan biyolojik kronolojik fizyolojik değişimlerin meydana geldiği bir süreçtir. Bu süreçte bireylerde oluşan değişimler, kendilerine olan bakış açılarında duygusal ve aynı zamanda algısal olarak değişiklik ve ilerleyen yaşla günlük yaşam aktivitelerinde de birtakım değişimleri beraberinde getirir (Aslan ve Hoccoğlu, 2017).

Yaşlı bireylerin kendilerini değerlendirme açılarına göre etkin yaşlanma fonksiyonların sağlıklı bir şekilde sürdürmesi ve devam edebilmesi anlamına da gelmektedir. Etkin yaş alma kavramı

¹ Uzman, Lapta Belediyesi, Yaşlı Birimi, Orcid:0009-0009-5210-2184, fikriye_s@windowslive.com

² Yrd. Doç., Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-9566-8641, mbahceci@ciu.edu.tr

yaşlı kişinin sadece bedensel olarak aktif olması değil, fizyolojik, duygusal, ekonomik, sosyal, kültürel vs. boyutlar gibi birden çok alana etkin bir şekilde katılım göstermelerinin devam etmesi anlamını da taşımaktadır. Yaşlıların, beden bütünlüğünü koruyarak, bağımsızlığını azaltarak, duygusal, sosyal ve ekonomik vs. alanlarda etkin biçimde topluma katılımlarının sürdürülmesinin desteklenmesi ve kendilerini algılama şekilleri de önemlidir (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; yaşlanma sürecinin başlangıcı 65 yaş olarak kabul edip yaşlanmayı da kendi içerisinde genç yaşlılık (65-74), yaşlılık (75-84) ve ileri yaşlılık (85+) olarak sınıflamıştır. (DSÖ, 2017). BM'ye göre, 1950-2010 yılları arasında ortalama yaşam süresi 46 yıldan 68 yıla çıkarken, 1950-2022 yılları arasında ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalma göstermesi yaşlı nüfusun artışına neden olduğu tespit edildi. Dünya genelinde 2020'de altmış yaş ve üzerindeki toplumun 1 milyardan 1,4 milyara çıkacağı 2050 yılında da 2 katı olacağı (2,1 milyar) ve 2020-2050 arasında 80 yaş ve üzeri yaşlı birey oranının 3 katına (426 milyon) ulaşacağı öngörülmüyor (DSÖ, 2022).

Dünyada yaşlı nüfusun giderek arttığı ve bu nedenle yaşlılar için yaşam kalitesinin korunması ve etkin şekilde sürdürülmesi dikkate alınması gereken halk sağlığı sorununa dönüşe bileceği düşünülmektedir. Yaşamdan beklenen sürenin uzaması ve yaşlı toplumunun artması, ileri yaş grubunda özellikle daha çok sağlık problemini de beraberinde getirebilmektedir. Kronik hastalıkların ortaya çıkmaya başlaması yaşlı bireylerin aktif yaşamlarında kısıtlanma, özürllülük ve yaşam kalitelerinde değişiklikler artmaktadır (Altay ve ark., 2016).

Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizliklere, ağrılara, bilişsel bozukluklara, sağlık hizmetlerinden yararlanmada zorluklara ve sosyal tecrit gibi sorunlarla yaşlı bireylerin sağlık konusuyla ilgili yaşama standartlarını değiştiren ve olumsuz etkileyen faktörlerdir. Sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması, kullanılabilir olması, aile ve ev ilişkileri, çalışabilme, sosyal ve ekonomik durumu,

ve kurumsal hizmetlerin varlığı, ulaşılabilir olması ve kullanılabilir olması gibi ekonomik, sosyal ve fiziksel faktörler yaşlı bireylerde yaşam standartlarını önemli derecede etkileyen değişkenlerdir (Teletar ve Özcebe, 2004).

Yaşlı nüfusunda izlenmesi gereken en önemli odak “hayat kalitesinin korunabilmesidir.”. Hayat kalitesi, bireyin kendiyile hoşnut olması ve yaşamından eş değer şekilde memnun olmayı içeren, tamamen ve genel anlamda iyi olabilmeyi tanımlayan bir terimdir. Kaliteli şekilde yaşamak kişinin düşüncelerini geliştirebilmesi, paylaşabilmesi, savunabilmesi, kişisel hayatı yönetebilmesi, kişisel iradesiyle, kendi seçimiyle, bireysel istekleri doğrultusunda yaşamalarını sürdürebilmektir (Ekici ve Çelik, 2022).

Sağlığı algılama biçimi, bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerine ve sağlıklı olmanın tüm yönlerini yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal, ekonomik durumunu toplum içinde kendisi birey olarak nasıl değerlendirdiğine imkan sağlayan basit ama güçlü ve spesifik bir göstergedir (Aytaç ve Kurttaş, 2016).

Halk sağlığı hemşiresinin fonksiyonlarından biride yaşlının sağlığının korunması, sağlık algısının ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesidir. Halk sağlığı hemşiresi, evde bakım gereksinimlerini değerlendirdiği gibi yaşlının kendi sağlığı algılama ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve koruyucu tedbirler almaktır (Canlı ve Karataş, 2018).

Yapılan birçok araştırmada yaşlıların sağlığı algılama, yaşam kalitesini ölçmeye ve yorumlanmaya çalışılmıştır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin değişmesinin sağlıklarını algılama şekil ve düzeylerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin nasıl etkilendiğinin saptanması halk sağlık hemşireleri için yol gösterici nitelikte olabileceğini düşünmekteyim.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)’ne bağlı Lapta beldesi ve civar köylerinde 15 Mayıs - 15 Temmuz 2022

tarihleri arasında, 65 yaş ve üzeri gönüllü yaşlı katılımcıların, bilgilendirilmiş onam formu doldurması ve kendini ifade edebilmesi koşuluyla, 65 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikleri tanılama soru formu, Nottingham Günlük Yaşamda Genişletilmiş Aktiviteleri Ölçeği ve Sağlık Algısı ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının normalliliğinin incelenmesi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış olup, arpıklılığın ve basıklılığın düşük ($\pm 1,5$) olmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Bulgular

Tablo 1.'de araştırmanın örneklemindeki yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaşlıların %33,83'ü 65-69 yaş, %19,17'si 70-74 yaş, %26,69'u 70-74 yaş, %20,30'u 80 yaş ve üstünde olduğu, %57,89'u kadın ve %42,11'i erkek olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %86,47'si okur-yazar, %67,29'u evli, %11,28'i boşanmış ve %21,43'ünün eşinin hayatta olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların %63,16'sı eşleriyle, %16,17'si tek başına kalmakta olduğu ve %24,06'sı şehir merkezinde, %41,35'i kasabada ve %34,59'u köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Yaşlıların %87,59'u müstakil evde ikamet ettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan yaşlıların %54,14'ü gelirlerinin yeterli olduğunu, %45,86'sı ise yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
65-69 yaş	90	33,83
70-74 yaş	51	19,17
75-79 yaş	71	26,69

80 ve üstü	54	20,30
Cinsiyet		
Kadın	154	57,89
Erkek	112	42,11
Eğitim düzeyi		
Okur yazar	230	86,47
Okur yazar değil	36	13,53
Medeni durum		
Evli	179	67,29
Boşanmış	30	11,28
Eşi ölmüş	57	21,43
Birlikte yaşayan kişiler		
Eş	168	63,16
Eş ve çocuklar	7	2,63
Çocuklar	22	8,27
Bakıcı	21	7,89
Tek başına	43	16,17
Diğer	5	1,88
Yaşanan yer		
Şehir merkezi	64	24,06
Kasaba	110	41,35
Köy	92	34,59
Konut türü		
Müstakil ev	233	87,59
Apartman	20	7,52
Yardımcı ev	13	4,89
Gelir düzeyi		
Yeterli	144	54,14
Yetersiz	122	45,86

Tablo 2. Yaşlıların Sigara-Alkol Kullanımı ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol kullanımı		
Var	54	20,30
Yok	212	79,70
Sigara kullanımı		
Var	59	22,18
Yok	207	77,82
Yürümeye yardımcı araç		
Var	71	26,69
Yok	195	73,31
Kronik hastalık		
Var	238	89,47
Yok	28	10,53
Hastalık (n=238)		
Yüksek tansiyon	172	72,27
Kalp Hast.	138	57,98
Pulmoner Hast.	79	33,19
Nörolojik Hast.	65	27,31
Psikiyatrik Hast.	38	15,97
Üriner Hast.	74	31,09
Diabet	154	64,71
Romatizma	48	20,17
Kanser öyküsü	25	10,50
Görme bozukluğu	234	98,32
İşitme bozukluğu	118	49,58
Kas iskelet sistemi boz.	109	45,80
Hastane deneyimi		
Var	238	89,47
Yok	28	10,53

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınmış olan yaşlıların %26,69’unun yürümeye yardımcı araç kullandığı, %89,47’sinin

kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlıların %72,27'sinin yüksek tansiyon, %57,98'sinin kalp hastalıkları, %33,19'unun akciğer hastalıkları, %27,31'inin nörolojik, %15,97'sinin psikiyatrik, %31,09'unun üriner hastalığı olduğu, %64,71'inin diyabet, %20,17'sinin romatizma, %10,50'sinin kanser öyküsü, %98,32'sinin görme bozukluğu, %49,58'inin işitme bozukluğu ve %45,80'inin kas iskelet sistemi bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların %89,47'sinin hastanede deneyimi olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları

	N	$\bar{x}$	s	Min	Max
Hareket	266	18,56	5,05	6	24
Mutfak	266	17,44	3,71	6	20
Ev İşleri	266	16,73	3,95	5	20
Aktivite	266	18,11	5,56	6	24
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	266	70,84	16,30	24	88

Tablo 3.'te göre araştırmaya dahil edilmiş olan yaşlılar Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksindeki hareketten $\bar{x}=18,56\pm5,05$ puan, mutfaktan $\bar{x}=17,44\pm3,71$ puan, ev işlerinden $\bar{x}=16,73\pm5,56$ puan ve aktiviteden $\bar{x}=18,11\pm5,56$ puan, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından ise $\bar{x}=70,84\pm16,30$ puan almışlardır.

Tablo 4. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanları

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Kontrol Merkezi	266	12,93	4,68	5	25
Kesinlik	266	12,42	4,46	4	20
Sağlığın Önemi	266	12,18	2,24	3	15
Öz Farkındalık	266	9,07	2,94	3	15
Sağlık Algısı Ölçeği	266	46,60	8,92	21	72

Tablo 4.'te yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler gösterilmiş olup, yaşlıların ölçekteki kontrol merkezinden $\bar{x}=12,93\pm4,68$ puan, kesinlikten $\bar{x}=12,42\pm4,6$ puan, sağlığın öneminden $\bar{x}=12,18\pm2,24$ puan ve öz farkındalıkta $\bar{x}=9,07\pm2,94$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından $\bar{x}=46,60\pm8,92$ puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 5. Yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanları ile Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık	Sağlık Algısı Ölçeği
Hareket	r	0,151	0,525	0,192	0,314	0,493
	p	0,014*	0,000*	0,002*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Mutfak	r	0,085	0,419	0,211	0,298	0,405
	p	0,167	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Ev İşleri	r	0,103	0,439	0,242	0,256	0,419
	p	0,092	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Aktivite	r	0,132	0,541	0,236	0,300	0,498
	p	0,032*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	r	0,136	0,549	0,247	0,329	0,516
	p	0,026*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	N	266	266	266	266	266

Tablo 5.'te yaşlıların Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanları ile Sağlık Algısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların incelenmesine dair yapılan Pearson testi

sonuçları verilmiştir. Buna göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kontrol merkezi puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, hareketten ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar bulunmaktadır ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil olan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki kesinlik puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar vardır. ($p<0,05$).

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki sağlığın öneminden aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeğindeki öz farkındalık puanları ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktivite puanlarının arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamındaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından, indeksteki hareket, mutfak, ev işleri ve aktiviteden aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 5.'de yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının yaşlarına göre karşılaştırılmaları için uygulanmış olan ANOVA'nın bulguları verilmiştir.

Tablo 6. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Yaşlarına Göre Karşılaştırılma Sonuçları

	Yaş	N	$\bar{x}$	s	Min	Max	F	P
Kontrol	65-69 yaş	90	12,94	4,90	5	23	0,743	0,527
	70-74 yaş	51	13,75	4,50	5	23		
	75-79 yaş	71	12,59	4,62	6	25		
	80 ve üstü	54	12,57	4,56	5	25		
Kesinlik	65-69 yaş	90	13,51	3,67	4	20	17,376	0,000*
	70-74 yaş	51	13,84	4,42	4	20		
	75-79 yaş	71	12,68	4,74	4	20		
	80 ve üstü	54	8,93	3,50	4	18		
Sağlığın Önemi	65-69 yaş	90	12,50	1,84	7	15	3,603	0,014*
	70-74 yaş	51	12,39	2,07	7	15		
	75-79 yaş	71	12,28	2,21	3	15		
	80 ve üstü	54	11,31	2,81	4	15		
Öz Farkındalık	65-69 yaş	90	9,97	3,01	3	15	10,424	0,000*
	70-74 yaş	51	9,16	2,66	3	14		
	75-79 yaş	71	9,21	2,65	3	14		
	80 ve üstü	54	7,30	2,72	3	13		
Sağlık Algısı Ölçeği	65-69 yaş	90	48,92	8,27	27	66	14,983	0,000*
	70-74 yaş	51	49,14	8,94	27	72		
	75-79 yaş	71	46,76	8,52	31	72		
	80 ve üstü	54	40,11	7,33	21	57		

* $p < 0,05$

Tablo 6.'ya göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p < 0,05$). 80 yaş ve üstündekilerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar diğer yaşlılardan azdır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 7. Yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Eğitimlerine Göre Dağılımı

	Eğitim düzeyi	n	$\bar{x}$	s	t	p
Kontrol Merkezi	Okur yazar	230	12,97	4,80		
	Okur yazar değil	36	12,67	3,81	0,361	0,719
Kesinlik	Okur yazar	230	12,90	4,24		
	Okur yazar değil	36	9,33	4,64	4,638	0,000*
Sağlığın Önemi	Okur yazar	230	12,35	2,11		
	Okur yazar değil	36	11,08	2,74	3,216	0,001*
Öz Farkındalık	Okur yazar	230	9,36	2,89		
	Okur yazar değil	36	7,19	2,53	4,243	0,000*
Sağlık Algısı Ölçeği	Okur yazar	230	47,59	8,63		
	Okur yazar değil	36	40,28	8,23	4,753	0,000*

* $p < 0,05$

Araştırmadaki yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p < 0,05$). Okur yazarların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar okur -yazar olmayanlardan fazladır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p > 0,05$).

Tartışma

Araştırmamıza katılan katılımcıların Sosyo-demografik özellikleri **Tablo 1’de** incelendiğinde yaşlıların; %33,83’ü 65-69 yaş aralığında ve %57,89’u kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların % 86,47’si okur-yazar olduğu ve %67,29’u evli ve %63,16’sı eşleriyle yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %16,17’si tek başına yaşadığı saptanmıştır. Yaşlıların %24,06’sı şehir merkezinde, %41,35’i kasabada ve %34,59’u köyde yaşamadığı ve %87,59’u müstakil evde ikamet etmekte olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlıların %54,14’ü gelirlerinin yeterli olduğunu ve %45,86’sı ise yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız Şahin ve ark., (2018) Kutlu ve ark., (2021) ve (Sandıkçı 2022) yapmış oldukları çalışma

sonuçlarıyla örtüşmektedir. Şahin ve ark.,'larının (2018) çalışmalarına göre yaşlıların çoğunluğun erkek olduğunu tespit edilirken, araştırma verilerine göre bu bulgu farklılık göstermiştir. Katılımcıların yaş aralığına göre sosyo-demografik özellikler incelendiğinde çalışmamda yaşlıların çoğunluğu 65-69 yaş aralığında olduğu, Şahin ve ark., (2018), Kutlu ve ark., (2021) ve Sandıkçı (2022) verilerine göre 65-70 yaş aralığının yüksek olduğu örtüşmektedir. Araştırmamıza katılan yaşlıların çoğunluğun eşiyle birlikte yaşadığı ve okur-yazarlık oranı paralellik gösterirken gelir düzeyinde farklılıkları olduğu tespit edilmiştir. Kurtkapan (2019)'un verilerine göre yaşlıların %16'sının yalnız yaşadığını ve araştırmama katılan yaşlıların oranı ile örtüşmektedir.

Tablo 2.'de araştırmaya katılan yaşlıların sigara-alkol kullanımı ve sağlık durumlarına göre dağılımları gösterilmiş olup, yaşlıların %20,30'unun alkol ve %22,18'ini sigara kullandığı belirlenmiştir. Bu araştırmada yaşlıların %26,69'unun yürümeye yardımcı araç kullandığı, %89,47'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların %72,27'sinin yüksek tansiyon, %57,98'sinin kalp hastalıkları, %33,19'unun pulmoner, %27,31'inin nörolojik, ve %15,97'sinin psikiyatrik, %31,09'unun üriner hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %64,71'inin diyabet, %20,17'sinin romatizma, %10,50'sinin kanser öyküsü, %98,32'sinin görme bozukluğu, %49,58'inin işitme bozukluğu ve %45,80'inin kas iskelet sistemi bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların %89,47'sinin hastanede deneyimi olduğu görülmüştür. Kurtkapan (2019) çalışmasında yaşlıların yüksek oranda kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir ve araştırmamdaki kronik hastalık oranı ile benzeşmektedir. Sandıkçı (2022) göre sigara kullanan yaşlı oranı ile araştırmama katılan yaşlıların sigara içme oranı benzeşmektedir. Bilge ve ark., (2017) göre kronik hastalıkların oranı yapmış olduğum araştırmadaki oranlarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda araştırmaya dahil edilmiş olan yaşlıların **Tablo 3'te** Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksindeki hareketten $\bar{x} = 18,56 \pm 5,05$ puan, mutfaktan

$\bar{x}=17,44\pm3,71$ puan, ev işlerinden $\bar{x}=16,73\pm5,56$ puan ve aktiviteden $\bar{x}=18,11\pm5,56$ puan, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından ise $\bar{x}=70,84\pm16,30$ puan almış olduğu saptanmıştır. Tarakçı ve ark. (2015) göre Huzurevinde yaşayan yaşlıların kronik ağrı, depresyon semptomları ve günlük yaşamdaki bağımsızlık seviyesini tespit etmek için yaptıkları çalışmada hareketten $\bar{x}=14.20\pm5.96$ puan, mutfaktan $\bar{x}=11.78\pm4.97$ puan, ev işlerinden $\bar{x}=8.71\pm4.02$ puan ve aktiviteden $\bar{x}=12\pm5.4$ aktivitelerin indeks toplamından ise $\bar{x}=46.63\pm17.9$ puan aldığı gözlemlenmiştir. Sakaar ve ark., (2020) göre yapıkları çalışmada ise yaşlıların ölçekten aldığı puan n:77 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğin kullanıldığı konuya göre değişken indeksler sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4.’te çalışmamıza katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler gösterilmiş olup, yaşlıların ölçekteki kontrol merkezinden $\bar{x}=12,93\pm4,68$ puan, kesinlikten $\bar{x}=12,42\pm4,6$ puan, sağlığın öneminden $\bar{x}=12,18\pm2,24$ puan ve öz farkındalıkta $\bar{x}=9,07\pm2,94$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmanın örnekleminde yer alan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından $\bar{x}=46,60\pm8,92$ puan aldıkları belirlenmiştir. Yalınkılıç ve ark., (2020) yapmış oldukları çalışmaya göre kalp yetmezliği olan yaşlıların sağıl algısı ölçeğinden toplam puan ortalamasının düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir ““(33.56±7.16)”. Araştırmamıza göre tespit ettikleri ortalamanın altında kaldığını söyleyebiliriz.

Gür (2017) yüksek lisans tez araştırmasında saptadığı verilere göre koroner arter hastalığı olan hastaların sağlık algı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $47,37\pm5,77$ (35-61 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ($11,33\pm2,44$) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ($10,84\pm3,22$) olduğu görülmüştür. Araştırma verilerini incelediğimizde yapmış olduğum analizle paralel olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4.’e göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). 80 yaş ve üstündekilerin, Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar diğer yaşlılardan azdır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Yalınkılıç ve ark., (2020) göre yapmış oldukları çalışmada örneklem grubunun yapısından dolayı anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Emre ve ark., (2020) göre yapmış oldukları araştırmada yaş değişkenliğine gör kalp yetmezliği ve ilaç kullanan yaşlıların sağlık algı düzeylerinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Araştırmamızın verilerine göre yaşın artmasıyla sağlık algısının azaldığını öne sürebiliriz.

Tablo 6.’ya göre yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyelerde farklıdır ($p<0,05$). 80 yaş ve üstündekilerin Sağlık Algısı Ölçeği toplamından, kesinlikten, sağlığın öneminden, öz farkındalıktan aldıkları puanlar diğer yaşlılardan azdır. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar yaşlarına göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Yalınkılıç ve ark., (2020) göre yapmış oldukları çalışmada örneklem grubunun yapısından dolayı anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Emre ve ark., (2020) göre yapmış oldukları araştırmada yaş değişkenliğine gör kalp yetmezliği ve ilaç kullanan yaşlıların sağlık algı düzeylerinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Araştırmamızın verilerine göre yaşın artmasıyla sağlık algısının azaldığını öne sürebiliriz.

Tablo 7’ye göre çalışmamıza katılan yaşlıların Okur-yazar olma düzeylerine göre Sağlık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan açısından farklı olduğu ve okur-yazar olmanın sağlık algı düzeyini

artırdığını tespit edilmiştir. Yaşlıların kontrol merkezinden aldıkları puanlar eğitimlerine göre istatistik açısından önemli seviyede farklı değildir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer nitelikte olan ama farklılık gösteren Şen ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada yaş arttıkça sağlık algısı puanının azaldığı saptanmışlardır. Altay ve ark., (2016) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyinin sağlık algısıyla olan ilişkisine yer verilmemiştir. Yılmaz ve ark., (2018)'ne göre ise yapmış oldukları çalışma ile bizim çalışma grubumuz tamamen örtüşmese de sağlık algısının eğitim düzeyi arttıkça sağlığı algılama düzeyinin de arttığını saptamışlardır. Bizim elde ettiğimiz sonuçlara göre eğitim düzeyi arttıkça sağlığı algısına düzeyinin de artırdığını öne sürebiliriz.

Sonuç ve Öneriler

Yaşlılarda sağlık algısı ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin değerlendirmesi amacıyla yapılmış bu çalışmanın bulgularına göre sonuç ve öneriler şu şekildedir.

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Sağlık Algısı Ölçeği puanlarının normallığının incelenmesi için yapıla testinin sonucuna göre, çarpıklığın ve basıklığın düşük ($\pm 1,5$) olmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan yaşlıların demografik özelliklerine bakıldığında 65-69 yaş aralığında yoğunlaştığı ve kadın katılımcıların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların yüksek oranda okur-yazar olduğu ve yüksek oranda eşleriyle birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşlıların gelir düzeylerini ifade ederken yarısı yeterliyken diğer yarısının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Demografik özelliklerine göre yaşlıların en az bir kronik hastalığı olduğu ve bulgularımıza göre yüksek tansiyon, şeker, nörolojik hastalık, kas-iskelet sisteminde değişiklik ve romatizmanın en sık rastlanan hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Kas-iskelet sisteminde değişikliğe bağlı yürümeye yardımcı araç kullanım oranının yüksek

olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların, yaşlanmaya bağlı görme bozukluğunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2)

Araştırmaya katılan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için kullandığımız “Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri” ölçeğinin toplamından $\bar{x}=70,84\pm16,30$ puan almışlardır. Aldıkları puana göre çalışmış olduğumuz yaşlı grubun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. (Tablo 3) Araştırmaya katılan yaşlıların sağlıklarını nasıl algıladıklarını değerlendirmek için kullandığımız “Sağlık Algısı Ölçeği” ölçeğinde en az 21 puan en çok 72 puan alırken ölçeğin toplamından $\bar{x}=46,60\pm8,92$ puan almışlardır. Aldıkları puana göre sağlığı algılama düzeylerinin olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4)

Araştırma katılan yaşlıların Sağlık Algısı Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi toplamından aldıkları puanların arasında istatistik açısından önemli seviyelerde ve pozitif yönde korelasyonların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Elde ettiğimiz bulgulara göre günlük yaşam aktiviteleri ile sağlığı algılama arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 5)

Araştırmada kullandığımız ölçeklerin daha önce ilişkilendirilmediği ve elde ettiğimiz verilere göre günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesinin sağlık algısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 6)

Elde edilen sonuçlara doğrultusunda Geriatri ve halk sağlığı hemşireleri, sağlık ve sağlık algısına yönelik algılama düzeyleri analiz edilmiş yaşlı gruplarında sağlığı algılama şeklinin değişilmesine yönelik yaşlı gruplarının ailelerinin de iş birliği doğrultusunda sağlık algısını olumlu yönde değiştirebilecekleri eğitim ve seminerlerin planlaması yapılabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, Belediyeler ve diğer tüm sağlık kuruluşları ile iş birliği içinde yaşlılara yönelik ev ziyaretleri ve sağlık kontrolleri planlanarak yaşlının sağlık anlayışını demografik özelliklerine göre belirleyerek sağlık anlayışını geliştirebilmeye yönelik çalışmalar

yapılabilir. Halk sağlığı hemşireleri sağlık anlayışını geliştirme programları hazırlayarak eğitim ve danışmanlık vermelidir. Yaşlı bireylerin aktif ve sağlıklı bir yaşam sürme, çocuk ve torunlarına rol model olma isteklerini sağlık anlayışlarını geliştirme sürecinde motivasyon faktörü olarak kullanılabilir. Hemşireler yaşlı bireylerin sağlık anlayışının sağlık kurumlarına erişimin zor olmasından kaynaklı olduğunu analiz etmesi gerekmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarına erişimi sınırlı veya zor olan yaşlı grubu için sağlık hizmetinden ve sağlık kurumlarından etkin şekilde hizmet alabilmeleri için plan, program ve organizasyonlar yapılarak, ilgili kurumlardan destek alınarak yaşlı sağlık merkezlerine ulaşımı sağlanabilir.

KAYNAKLAR

Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla

İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.

Aslan, M., & Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/31210/339576>

Aytaç, Ö., & Kurttaş, M. Ç. (2016). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.

Canlı, S., & Karataş, N. (2018). Yaşlılar İçin Bir Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı: "Fiziksel Aktivite Danışmanlığı". *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 36-45.

Ekici, Y. E. & Zengin Çelik, H. (2022). Yaşam kalitesi yaklaşımlarının çevre, kent ve planlama ekseninde değerlendirilmesi. *Eksen Dokuz Eylül Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 3(2), 19-37. DOI: <https://doi.org/10.58317/eksen.1117389>

Gür, G., & Sunal, N. (2017). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.

Kalyoncuo, S, & Kartın, P. T. (2021). Aktif Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 26-32.

Kapucu, S. (Editor), (2019). *Geriatri Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat.

Kutlu D.Ö., & Şahin, D. (2021). Sivil Toplum Perspektifinden Yaşlı Bakımı ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. *Yaşlı*

Bakım Hizmet Modelleri ve Sosyal Politika Yaklaşımları içinde, 263-279.

Kurtkapan, H. (2018). Kentte Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları. <http://hdl.handle.net/20.500.11787/2564>. Erişim Tarihi: 22.12.2022

Özbek, Y. S., & Kalaycı, I. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi, 3(3), 385-390.

Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S., & Bakar, C. (2018). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal Of Public Health, 16(2), 90-105.

Özkul, M., & Kalaycı, İ. (2016). Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları. Istanbul Journal of Sociological Studies, Volume: 0 Issue: 52. DOI: 10.18368/IU/sk.98114

Şahin, M. G., & Öztürk, N. B. (2018). Eğitim alanında ölçek geliştirme süreci: Bir içerik analizi çalışması. Kastamonu Eğitim Dergisi, 26(1), 191-199.

Sandıkçı, M. B., Cihan, Ö. N. E. N., & Bozkır, A. (2022). Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenlerinin Pandemi Sürecinde Covid-19 Fobisi Ve Yaşam Bağlılıklarıyla İlişkisi. Journal Of Rol Sport Sciences, 3(1), 63-72.

Skaar, E., Øksnes, A., Eide, L. S. P., Norekvål, T. M., Ranhoff, A. H., Nordrehaug, J. E., & Schaufel, M. A. (2021). Baseline Frailty Status And Outcomes Important For Shared Decision-Making In Older Adults Receiving Transcatheter Aortic Valve Implantation, A Prospective Observational Study. Aging Clinical And Experimental Research, 33(2), 345-

Tarakci, E., Zenginler, Y., & Kaya Mutlu, E. (2015). Chronic Pain, Depression Symptoms And Daily Living Independency Level Among Geriatrics In Nursing Home. Agri-The Journal Of The

Turkish Society Of Algology, 27(1).35-41.
10.5505/agri.2015.14238

doi:

Yalınkılıç, M., Kılıçaslan, K., Uysal, H., Bilgin, S., & Enç, N. (2020). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerin Kırılganlık Durumunun Belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs, 11(25), 51-59.

BÖLÜM VIII

Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Canan BİRİMOĞLU OKUYAN¹

Ayça Coşkun²

Oğuzhan Bahadır DEMİR³

Giriş

Üriner inkontinans (Üİ), bireyleri fiziken, ruhen ve sosyal yönden olumsuz yönde etkileyen istemsiz idrar kaçırmaya neden olan ciddi bir hastalıktır (Bora ve ark., 2018; Öz Ö.; Altay, 2017). Görülme sıklığı yaşla birlikte artan bu hastalığın dünya genelinde prevalansının %5 ile %70 arasında değiştiği belirlenmiştir (Dinç ve

¹ Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, Türkiye

² Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Sakarya, Türkiye

³ 2-3 Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Sakarya, Türkiye

Özer, 2019; Milsom ve Gyhagen, 2019). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülen bu hastalığa 70 yaş üzeri her 3 kadından birinde rastlanmakta olup sık doğum yapan kadınlarda pelvik kasların zayıflamasına bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır (Topuz, 2015). Hastalığın risk faktörleri arasında; vajinal doğuma ek olarak yaş, menopoz, obezite ve geçirilmiş pelvik organ ameliyatlari, hormon replasman tedavileri, diabetes mellitus yer almaktadır (Lu ve ark., 2016; Yücel, 2018). Üİ'nin farklı tipleri olmakla birlikte stres tip, sıkışma (urge) tip ve miks tip inkontinans en sık görülenlerdir (Irwin, 2019; Vaughan ve Markland, 2020). Ülkemizde de literatür ile paralel şekilde stres tip Üİ'nin %44,8 oranında, sıkışma tip Üİ'nin %24,3 oranında, karışık tip Üİ'nin ise %31,1 oranında görüldüğü saptanmıştır (Dursun ve ark., 2014; Işıklı ve ark., 2011; Yücel, 2018). En sık karşılaşılan Üİ tipi olan stres tipte; fiziksel zorlanma, öksürme ve hapşırma ile artan karın içi basınca bağlı olarak istemsiz idrar kaçırma görülmektedir (Bora ve ark., 2018). Sıkışma tip inkontinansda idrar kaçırma tuvalete yetişmeden meydana gelmektedir. Stres ve sıkışma tip inkontinansların birlikte görülmesi ile miks tip inkontinans oluşmaktadır (Demir ve Beji, 2015).

Üİ, cerrahi veya konservatif olarak tedavi edilebilmektedir. Hastaların bir çoğunda kilo verme, planlı işeme, sıvı alımı kontrolü, pelvik taban egzersizleri gibi konservatif tedavi yöntemleri ile olumlu sonuçlar alınmaktadır (Trowbridge ve Hoover, 2022).

Üİ'li bireyler sosyal hayatlarında fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilenmekte ve düşük yaşam kalitesine sahip olmaktadır (Sussman ve ark., 2020). Hastalık eğitimi ve farkındalığının artırılması, hastalık hakkında bilinçlilik oluşmasına yardım ederek tedaviyi kolaylaştırabilmektedir (Öz ve Altay, 2017). Sağlık alanında üniversite eğitimi alan öğrenciler, Üİ hakkında bilgi sahibi olmakta ve bu bilgileri doğrultusunda belirli düzeylerde farkındalığa ulaşmaktadır. Meslek hayatlarında, eğitimleri sırasında oluşturdıkları farkındalıklarla bireylerde meydana gelebilecek olan Üİ'nin önlenmesinde ve tedavisinde aktif olarak yer alacaklardır. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin Üİ ve

inkontinans hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Çalışmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, Ağustos 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında Türkiye'nin batı bölgesinde yer alan bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören birinci, ikinci ve üçüncü sınıf Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ve Sağlık Yönetimi bölümünde (N=468) öğrenim gören 212 öğrenci ile tamamlanmıştır. Yeni kurulan bir üniversite olmasından dolayı 4.sınıf öğrencileri araştırmanın yapıldığı tarihte bulunmadığı için araştırma 1., 2. ve 3. sınıf öğrencileri ile tamamlanmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip araştırmanın yapıldığı tarihlerde okulda olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 212 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri

- Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenci olmak,
- 18-30 yaş aralığında olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmaya dâhil edilmeme ölçütleri

- Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenci olmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.

Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması için sosyo-demografik tanılama formu ve inkontinans farkındalık ölçeği kullanılmıştır.

Sosyo-demografik Tanılama Formu: Sosyo-demografik tanılama formu araştırmacılar tarafından literatür taranarak (Amanak, 2020; Demir ve Beji, 2015; Yıldırım, 2020) yaş, cinsiyet, sınıf, aile yapısı vb. verileri toplamak amacıyla oluşturulan 25 soruluk formdur.

İnkontinans Farkındalık Ölçeği (İFÖ): Bireylerin Üİ hakkındaki farkındalıklarını ölçmek amacıyla kullanılan test, Üİ'nin sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, sağlık motivasyonu, Üİ ile baş etme, kısıtlanma ve idrar kaçırma korkusu alt grupları dahilinde puan ortalamalarının alınması esasına dayanır. Avcı ve ark. tarafından 2017 yılında geliştirilen bu ölçekte her bir ifadeye verilen cevaplar 5'li likert tipdedir. Alt gruplardan toplanan puanlar ise; sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler alt grubu için 8-40 puan; sağlık motivasyonu alt grubu için 5-25 puan; Üİ ile baş etme alt grubu için 6-30 puan; kısıtlanma alt grubu için 3-15 puan; idrar kaçırma korkusu alt grubu için 4-20 puandır (Avcı ve ark., 2022).

Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için bir devlet üniversitesinden Etik Kurul İzni (2022-E.48351), çalışmanın yapıldığı üniversiteden kurum izni ve ayrıca çalışmaya katılım sağlayan katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler; sayı, yüzdelik dağılımları, ortalama, standart sapma değerleri programla hesaplanarak analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin %74,5'ini kadın öğrenciler oluşturmuştur. %60,8'i 18-20 yaş grubundadır ve %98,8'i bekarır. Öğrencilerin çoğunluğu (%63,2) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümündedir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=212)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	158	74,5
Erkek	54	25,5
Yaş		
18-20 yaş	129	60,8
21-23 yaş	77	36,3
24-26 yaş	4	1,9
27-30 yaş	2	0,9
Medeni Durum		
Evli	1	0,2
Bekar	211	98,8
Eğitim Gördüğü Bölüm		
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	134	63,2
Hemşirelik	52	24,5
Sağlık Yönetimi	26	12,3

Tablo 2. Öğrencilerin Pelvik Taban Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
İdrar kaçırma durumu		
Kaçıran	29	13,7
Kaçırmayan	183	86,3
Pelvik Taban Kas Bilgisi		
Evet	156	73,6
Hayır	56	26,4
Pelvik Taban Egzersizleri Bilgisi		
Evet	162	76,4
Hayır	50	23,6
Pelvik Taban Egzersizleri Uygulama Durumu		
Evet	51	31,4
Hayır	111	68,6

Tuvalet Tutma Alışkanlığı

Evet	132	62,3
Hayır	80	37,7

Çalışmada elde edilen verilere göre öğrencilerin %86,3'ünün idrar kaçırmadığı, çoğunluğunun pelvik taban kas ve egzersizleri bilgisinin olduğu (sırasıyla%73,6;76,4) fakat %68,6'sının pelvik taban kas egzersizlerini uygulamadığı ve yarısından fazlasının (%62,3) tuvaletini tuttuğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin İFÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=212)

Alt Boyut	Ortalama ± Standart Sapma (Min-Max)
Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler	
Sağlık Motivasyonu	17,07±5,87 (8-40)
Üriner İnkontinansla Baş etme	20,33±3,73 (5-25)
Kısıtlanma	18,67±4,62 (6-30)
İdrar Kaçırma Korkusu	7,30±3,01 (3-15)
	11,90±3,47(4-20)

Araştırmaya katılan öğrencilerin inkontinans farkındalık ölçeği alt boyutlarından en yüksek sağlık motivasyonları bulunurken (20,33±3,73), kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamasının en düşük olduğu (7,30±3,01) belirlenmiştir (Tablo 3).

Tartışma

Bireyi ve çevresini sosyal, biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve ekonomik açıdan olumsuz yönde etkileyen Üİ, çeşitli bölümlerde eğitimlerine devam etmekte olan farklı cinsiyetlerdeki üniversite öğrencilerinde görülme sıklığı açısından değişiklik göstermektedir

(Küçükaya, 2019). Üniversite öğrencilerinin Üİ farkındalıkları ve pelvik taban hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirdiğimiz çalışmamızda öğrencilerin %13.7'sinde Üİ tespit edildi. Literatürü incelediğimizde, Üİ prevalansının dünyada %23 ile %70 arasında değiştiğini (Arbuckle, Parden, Hoover, Griffin, ve Richter, 2019) görmekteyiz. Şener ve ark. tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinde Üİ prevalansı %17.5 olarak belirlenmiştir (Şener, 2022). 2020 yılında Ural ve ark. yaptığı çalışmada ise kadın üniversite öğrencilerinde Üİ prevalansının %18,4 olduğu bildirilmiştir (Ural ve ark., 2021). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, literatürle tutarlı olmakla birlikte daha düşük prevelansa sahiptir. Bunun nedeninin çalışmayı yaptığımız üniversite öğrencilerinin okuduğu bölümler ve aldığı eğitimlerle ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda öğrencilerin önemli bir kısmının pelvik taban hakkında bilgilerinin olduğu (%73.6), ancak pelvik taban egzersizlerini uygulama durumlarının düşük olduğu görüldü (%31.4). Literatürde sağlık profesyonellerinin ve öğrencilerin Üİ farkındalığı ve pelvik taban bilgilerini araştıran çalışmalar limitlidir. Queiruga ve ark. tarafından kadın üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin Üİ bilgileri diğer katılımcılardan yüksek bulunmuştur (Queiruga ve ark., 2021). Benzer bir çalışmada kadın üniversite öğrencilerinin %49'unun pelvik taban kasları egzersizleri ile ilgili farkındalıkları ve bilgileri olduğu belirtilmiştir (Asri ve Kamsan, 2023).

Araştırmaya katılan öğrencilerin inkontinans farkındalık ölçeği alt boyutlarından en yüksek sağlık motivasyonları bulunurken ($20,33 \pm 3,73$), kısıtlanma alt boyut toplam puan ortalamasının en düşük olduğu ($7,30 \pm 3,01$) bulunmuştur. Luo ve arkadaşlarının 1313 hemşirelik öğrencisi üzerinde idrar kaçırmaya ilişkin bilgi ve tutumlarını inceledikleri kesitsel çalışmada; öğrencilerin yaklaşık yarısının (%49.9) genel idrar inkontinans bilgilerinin zayıf olduğu belirtilmiştir (Luo ve ark., 2016). Çuvarar ve Onur'un sağlık alanındaki kız öğrencilerde ($n=458$) idrar kaçırmaya farkındalığı,

tutumu ve sıklığını belirlemek için yaptıkları kesitsel çalışmada, öğrencilerin idrar kaçırma farkındalık alt boyut puanlarının sağlık motivasyon puanı için düşük ($7,15 \pm 2,51$) ve idrar sorunlarıyla başa çıkma puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğunu ($17,25 \pm 5,77$) vurgulanmıştır (Çuvarar ve Onur, 2023). Özyıldırım ve arkadaşlarının sağlık alanında öğrenim gören 1121 öğrenciyle yaptıkları çalışmada ise; öğrencilerin Üİ ile baş etme alt boyutunda daha yüksek ortalamaya sahip olduğu en düşük değerin ise sağlık motivasyonunda olduğu belirtilmiştir (Yıldırım ve ark., 2020).

Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar, inkontinans konusundaki farkındalığın bireyler arasında farklılık gösterebileceğini ve bu farklılığın altında yatan motivasyon faktörlerinin kişisel deneyimlere bağlı olarak şekillendiğini düşündürebilir. Dolayısıyla, öğrencilerin Üİ konusundaki farkındalıkları için sağlık bilincinin önemini ortaya koyabilir.

Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinde Üİ görülme sıklığı, durum hakkında bilgi düzeyleri, Üİ ile baş etme ve baş edememe durumlarını araştırdığımız bu çalışmada, öğrencilerin %13.7'sinde Üİ yaşama durumu olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin sağlık motivasyonlarının yüksek olduğu sonucuna varılmasına rağmen Üİ sonucu kısıtlanma düşüncelerinin yoğun olduğu bildirilmektedir. Bu sonuçlar öğrenim görmekte olan üniversite öğrencilerinin Üİ farkındalıklarının araştırıldığı bu çalışmaların toplumun her kesiminde uygulanmasının gerekli olduğunu ve bu uygulamalar sonucu eksik olan gerekli bilgilerin paylaşılması gerekliliğini göstermektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışmamız bir üniversitenin Hemşirelik, FTR ve Sağlık Yönetimi Bölümü'nde eğitim alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile sınırlıdır.

Kaynakça

Amanak, K.S.Ü. (2020). Üriner İnkontinansı Olan Ve Olmayan Kadınların Yaşam Doyumu Ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10(2), 217-222.

Asri, N.A., & Kamsan, S.S. (2023). Survey on Awareness and Knowledge Towards Pelvic Floor Muscles Exercises Among Female University Students. International Journal Of Allied Health Sciences, 7(1), 2836-2844.

Avcı, İ.A., Yıldırım, Ö.Ö., & Eren, D.Ç. (2022). Urinary Incontinence Awareness and Attitude Scale (URINAS): A Reliability and Validity Study. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 49(6), 551-557.

Bora, İ., Volkan, Ş., Demir, Ö., Bozkurt, O., & Adil, E. (2018). Üriner İnkontinans Alt Tiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri: Doktora Başvurmada Üriner İnkontinans Alt Tipinin Önemi Var Mı? Ortadoğu Tıp Dergisi, 10(1), 8-12.

Çuvadar, A., & Onur, S. (2023). Determining İncontinence Awareness, Attitude, And Frequency in Female Students Enrolled in The Faculty Of Health Sciences. Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan, 20(5), 37-41.

Demir, S., & Beji, N.K. (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. FN Hematoloji Dergisi, 23(1), 23-31.

Dinç, A., & Özer, N. (2019). Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2).

Dursun, P., Dogan, N.U., Kolusari, A., Dogan, S., Ugur, M. G., Komurcu, O., Altuntas, B., Gultekin, M., Celik, N.Y., & Karaca, M. (2014). Differences İn Geographical Distribution And Risk

Factors For Urinary İncontinence in Turkey: Analysis Of 6,473 Women. *Urologia İnternationalis*, 92(2), 209-214.

Irwin, G. M. (2019). Urinary İncontinence. *Prim Care*, 46(2), 233-242.

Işıklı, B., Yenilmez, A., & Kalyoncu, C. (2011). Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma. *Nobel Medicus Journal*, 7(2).

Küçükkaya, B.K.H. (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Stres Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 52-59.

Lu, S., Zhang, H.-l., Zhang, Y.J., & Shao, Q.C. (2016). Prevalence And Risk Factors Of Urinary İncontinence Among Perimenopausal Women İn Wuhan. *Journal Of Huazhong University Of Science And Technology. Medical Sciences*, 36, 723-726.

Luo, Y., Parry, M., Huang, Y.J., Wang, X.-H., & He, G.P. (2016). Nursing Students' Knowledge And Attitudes Toward Urinary İncontinence: A Cross-Sectional Survey. *Nurse Education Today*, 40, 134-139.

Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). The Prevalence Of Urinary İncontinence. *Climacteric*, 22(3), 217-222.

Öz Ö. & Altay, B. (2017). Üriner İnkontinans Risk Faktörleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Annals Of Health Sciences Research*, 6(1), 34-37.

Queiruga, M.B., Delgado-Morell, A., Garcia, M.P., Girona, S. C., Saladich, I.G., & Roda, O.P. (2021). What Do Female University Students Know About Pelvic Floor Disorders? A Cross-Sectional Survey. *International Urogynecology Journal*.

Sussman, R.D., Syan, R., & Brucker, B.M. (2020). Guideline Of Guidelines: Urinary İncontinence İn Women. *BJU İnternational*, 125(5), 638-655.

Şener, N.Ş.A. (2022). Üniversite Öğrencilerinde Üriner İnkontinans Prevalansı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(3), 435-444.

Topuz, Ş. (2015). Üriner İnkontinans ve Cinsellik. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 60-64.

Trowbridge, E.R., & Hoover, E. F. (2022). Evaluation And Treatment Of Urinary Incontinence In Women. Gastroenterology Clinics, 51(1), 157-175.

Ural, Ü.M., Gücük, S., Ekici, A., & Topçuoğlu, A. (2021). Urinary Incontinence In Female University Students. International Urogynecology Journal, 32, 367-373.

Vaughan, C.P., & Markland, A.D. (2020). Urinary Incontinence In Women. Annals Of Internal Medicine, 172(3), 17-32.

Yıldırım, Ö., Eren, D., Korkmaz, M., & Avcı, İ. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları Ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 13(3), 170-177.

Yücel, U.H.A., Koçak, Y., Ekşioğlu, A.,

Sarı D., Saydam B.K. (2018). Bornova’da Yaşayan 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı Ve Risk Faktörleri. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 5(3), 414-423.

BÖLÜM IX

Hemşirelik Sürecinde Davranışsal Sistem Modelinin Kullanımı: Olgu Sunumu

**Selva Ezgi AŞKAR
Keriman AYTEKİN KANADLI**

Giriş

Hemşirelik süreci, hemşirenin eleştirel düşünmesini ve sezgilerini kullanmasını sağlayan, hasta merkezli tedavi yaklaşımlarını benimseyen ve hedefe yönelik kanıta dayalı uygulama önerilerini getiren bakım yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (Thoney ve Skyner, 2023). Ayrıca kaliteli ve bütüncül hemşirelik bakımının sistematik bir biçimde verilmesini sağlamaktadır. Hemşirelik sürecinin bakıma olan bir diğer katkısı ise bireyin ihtiyaçlarına göre hemşirelik uygulamalarının planlanması ve bireyin kendi bakımına katılmasıdır (Thoney ve Skyner, 2023; Basit, 2020). Bu nedenle hemşirelik uygulamalarının her alanda görünür olması için hemşirelik sürecinin kullanılması oldukça önemlidir.

Hemşirelik sürecinde kuram/model kullanımı ise verilerin eksiksiz bir biçimde toplanmasına ve düzenlenmesine, bakımın planlanmasına, standart uygulamaların yapılmasına ve değerlendirilmesine rehberlik etmektedir (Şahin ve ark., 2020; Younas ve Quennell, 2019). Kuram/model doğrultusunda yapılan hemşirelik müdahalelerinin geleneksel uygulamalara kıyasla bakım çıktılarını iyileştirmede daha faydalı ve etkili olduğu da bulunmuştur (Younas ve Quennell, 2019). Hemşirelik sürecinde çok sayıda modelin kullanıldığı bildirilmektedir (Younas ve Quennell, 2019; Bayram ve Demirbağ, 2021). Davranışsal sistem modeli, bu modeller içerisinde yer almasına rağmen, ülkemizde sınırlı sayıda çalışmada kullanıldığı bilinmektedir (Bayram ve Demirbağ, 2021; Andı ve Şinik, 2023; Oymağaçlıoğlu ve Karabacak, 2021). Ancak bu model bireyin davranışlarını belirlemeyi ve olumlu davranışları geliştirmeyi kapsadığından kronik hastalıklarda kullanımının etkili olacağı düşünülebilir. Bu doğrultuda bu çalışmada birçok kronik hastalığı olan bir olgunun hemşirelik sürecinde davranışsal sistem modeli kullanılarak bakım verilmesi ve literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Dorothy Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeli

Dorothy Johnson tarafından geliştirilen davranışsal sistem modelinde birey, davranış sistemleri olarak tanımlanmaktadır. Buna göre birey, içsel ve dışsal anlamda dengede olmayı hedeflemekte, gerekli durumlarda bunu düzenlemeyi ve buna uyum sağlamayı istemektedir. Hemşire ise bireyde dengenin sağlanması için bireyin davranışlarını değiştirebilen önemli bir dışsal faktördür (Bayram ve Demirbağ, 2021; Hidayati ve Ismail, 2023). Dorothy Johnson özellikle stresin hastalığa uyum sağlama yeteneğini nasıl etkilediğine ve hemşireliğin stresi azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak olduğuna odaklanmaktadır (Hidayati ve Ismail, 2023).

Davranışsal sistem modeli yedi alt sistemden oluşmaktadır. Bu alt sistemler; yakın ilişki, bağımlılık, savunma, beslenme, boşaltım, cinsellik, başarı şeklinde sıralanmaktadır (Bayram ve Demirbağ, 2021; Hidayati ve Ismail, 2023). Davranışsal sistem

modeline göre alt sistemlerin herhangi birinde ortaya çıkan dengesizlik, sistemin dengesizliğine neden olmaktadır (Bayram ve Demirbağ, 2021). Ayrıca her bir alt sistem dürtü, eğilim, seçim ve faaliyet şeklindeki dört bileşenden oluşmaktadır (Bayram ve Demirbağ, 2021). Alt sistemlerin tanımları aşağıda verilmiştir (Bayram ve Demirbağ, 2021; Oymağaçoğlu ve Karabacak, 2021; Hidayati ve İsmail, 2023).

Yakın ilişki; Bireyin sosyal bağlarını inceleyen alt sistemdir. Bireyin aidiyet duygusunun, sosyal ve rol ilişkilerinin, güvende hissetme duygusunun güçlendirilmesini amaçlar.

Bağımlılık; Bireyin başkalarına olan bağımlılığının azaltılması, benliğine yönelerek kendi gereksinimlerini karşılayabilme ve destek arama davranışlarını gösterebilmesidir.

Savunma; Bireyin yaşamın bütünlüğünü korumak ve sürdürmek için kendini ve çevresini dışarıdan gelen tehlikelere karşı savunmasıdır.

Beslenme; Bireyin bütünlüğünü koruması için gıda, bilgi gibi fiziksel/duygusal ihtiyaçlarını bilinçli şekilde dışarıdan almasıdır.

Boşaltım; Bireyin iç dengesini sağlamaya yönelik biyolojik atıkların vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Bu alt sistem duygu ve düşüncelerin sözlü veya sözsüz olarak ifade edilmesini de kapsamaktadır.

Cinsellik; Bireyin cinsel kimliğinin gelişimini, cinsel rolünün ve doyumunun desteklenmesini ifade eder.

Başarı; Bireyin fiziksel, düşünsel ve sosyal becerileri doğrultusunda belirlediği hedefe ulaşmak için bireyin kendi davranışlarını ve çevresini kontrol etmesidir.

Dorothy Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeline dayalı hemşirelik sürecinde öncelikle hasta verileri detaylı şekilde toplanmalıdır. Ardından ilk aşamada tüm alt sistemler tanılanır ve alt sistemlerdeki dengeli ve dengesiz davranışlar belirlenir. Belirlenen

dengeşiz davranışlara yönelik “Yetersizlik, Çelişki, Uyumsuzluk, Üstünlük” olarak belirtilen, ilgili hemşirelik tanıları konulur. İkinci aşamada alt sistemlerdeki sorunların giderilmesi ve tüm alt sistemlerin yeniden dengeye getirilebilmesi için “Sınırlamak, Korumak, Engellemek, Kolaylaştırmak” şeklindeki hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır. Üçüncü aşamada ise uygulanan hemşirelik girişimlerinin bireyin davranışı üzerindeki etkileri ve alt sistemlerdeki dengeyi yeniden sağlama durumu değerlendirilir (Bayram ve Demirbağ, 2021; Oymağaçlıoğlu ve Karabacak, 2021).

Araştırmanın etik yönü

Olgı sunumu, hasta ile yüz yüze görüşülerek, çalışmanın amacı ve prosedürü açıklandıktan sonra, hastanın sözlü ve yazılı onamı alınarak hazırlanmıştır.

Olgı Sunumu

Hasta A.K 59 yaşında, 187 cm boyunda ve 87 kilodur. Evli ve üç çocuk babasıdır. Evde eşi ve bir oğlu ile yaşamaktadır. İtfaiye amiri olan A.K. hastalıklarından dolayı çalışamadığını belirtmiştir.

Geçmiş sağlık öyküsü

Hastanın 16 yıldır diabetes mellitus, altı aydır hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Üç yıl önce inme geçirmiştir. Konuşmasında bulunan hafif düzeyde bozukluk dışında herhangi bir sekel bulunmamaktadır. Son iki ay içerisinde iki kez nefes darlığı ve gece uyuyamama şikayeti ile acil servise başvurduğunu ve hastanede yattığını belirtmiştir. Bu süreçte hastaya kalp yetersizliği ve kronik böbrek yetmezliği tanısı konulmuştur. A.K. önceleri günde iki paket sigara kullanırken bir buçuk ay önce sigara kullanmayı bıraktığını, ayrıca haftada iki kez alkol aldığını ifade etmiştir. Herhangi bir alerjisi bulunmamaktadır.

Şimdiki sağlık öyküsü

A.K. nefes darlığı ve ayaklarda ödem şikâyeti ile bir üniversite hastanesinin nefroloji polikliniğine başvurmuştur. Yapılan değerlendirme sonrasında kronik böbrek yetmezliği tanısı ile nefroloji servisine yatırışı yapılmıştır.

A.K. günde iki öğün beslendiğini ve özel bir diyet uygulamadığını, son zamanlarda kilo kaybı olduğunu, ilaçlarını düzenli kullandığını ve ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşamadığını belirtmiştir. Kullandığı ilaçlar; seftriakson 1 gr 2x1 flakon, silostazol 100 mg 1x1 tablet (tb),esomeprazol 40 mg 1x1 tb, allopurinol 300 mg 1x1 tb, gliklazid 60 mg 1x1 tb, perindopril 10 mg 1x1, spironolakton 25 mg 1x1 tb, furosemid 20 mg 2x1 ampul, pirasetam 800 mg 1x1 tb, klopidoğrel+asetilsalisilik asit 75/100 mg 1x1 tb, torasemid 10 mg 1x1 tb. şeklindedir.

Yaşamsal bulguları; vücut sıcaklığı: 36.4°C, kan basıncı: 105/62 mmHg, nabız: 71/dk, solunum: 21/dk, oksijen satürasyonu: %95 olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel muayenesinde; bilincin açık ve hastanın oryante olduğu, nefes darlığı ve ayaklarda ödem olmadığı, cilt kuruluğu ve diş çürükleri olduğu not edilmiştir. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirilmiştir. Dorothy E. Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeli doğrultusunda olgunun hemşirelik bakım planı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Dorothy E. Johnson 'ın Davranışsal Sistem Modeli doğrultusunda olgunun hemşirelik bakım planı

Alt sistem	Fonksiyon	Tanımlama	Planlama ve Uygulama	Değerlendirme
Yakın ilişki	-Evde eşi ve oğlu ile yaşıyor. Hastanede gündüz eşi, gece ise oğlu refakat ediyor. -Evde sık sık torunlar ile zaman geçiriyor. -Aile ile ilişkisi iyi. Sürekli ziyaretçileri var. -Ailevi konuların ve sorunların sağlığını olumsuz etkilediğini belirtti. Yaşadığı ailevi problemlerden dolayı hastalandığını ancak bu sorunları kimseyle paylaşmak istemediğini söylüyor. -Hastalık nedeniyle işinden uzak kalmış. -Arkadaşları ile telefonda konuştuğunu, kendisini hiç yalnız bırakmadıklarını ve onlara minnettar olduğunu belirtti. “Ailem ve arkadaşlarımin her biri	Yetersizlik/Eksiklik Çelişki/Uyuşmazlık	-Aile ve arkadaş desteğinin önemi konusunda aile bireylerinin de katılımı ile görüşme sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: korumak) -Hastanın duygularını ifade etmesini kolaylaştıracak bir ortam hazırlanır. Güven duyacağı bir ilişki kurulur. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Duygularını sözel olarak ifade etmesi için hasta cesaretlendirilir. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Ailevi konuların sağlığı üzerindeki etkileri tartışılır. (Hemşirelik Girişimi: sınırlamak) -Sağlığını olumsuz etkileyen konular hakkında daha rahat konuşabilmesini sağlayacak bir ilişki kurulur. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak)	-Duygularını daha kolay ifade etmeye başlamıştır. -A.K. Hastaneden iyi bir şekilde taburcu olduktan sonra iş arkadaşlarını ziyaret etmek istediğini bildirdi.

	ayakta kalmamı sağlıyor.” şeklinde konuştu. - Aile bir araya geldiğinde eşi hastanın çoğunlukla telefon ile uğraştığını söylüyor.		-Hastalıklarını kontrol altına aldıktan sonra yapabileceği aktiviteler (yürüyüş, arkadaş ziyaretleri vb.) hakkında konuşulur. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak)	
Bağımlılık	-Bilinç açık, oryante ve mobilize. -İtaki düşme riski ölçeği 5 puan (düşük risk) -Öz bakımını kendisi karşılıyor. -Geçirilmiş SVO nedeniyle konuşmada hafif düzeyde bozukluk ve yavaş konuşma mevcut. -Hasta konuşurken eşi çoğu zaman sözünü kesip tamamlamaya çalışıyor. Bu duruma A.K. kızarak tepki gösteriyor. -A.K.’nin eşi ile bu durum konuşulduğunda “Ben aslında ona yardımcı olmaya çalışıyorum. Sözünü	Yetersizlik/Eksiklik Üstünlük	-Hastanın konuşmasına ve kendini ifade etmesine zaman tanınır. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) - Dil ve konuşma terapisi hakkında bilgi verilir. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Eşine kızarak tepki gösterdiğinde ortaya çıkan olumsuz sonuçların farkına varması sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: engellemek)	-A.K. hastaneden taburcu olduktan sonra konuşmasını geliştirebilmek için dil ve konuşma terapistinden destek almak istediğini ifade etti. -Hastanın eşi ile A.K. arasındaki sohbetlerde, eşinin daha çok A.K.’yi dinlediği ve konuşmasını tamamlamasına izin verdiği görüldü.

	kesmiyorum.” diye düşüncelerini ifade etti.			
Savunma	-“İstediğim hayat bu değil. Uzun zamandır Allah’a inanmıyorum. Başkasının ahını çekmeye mecbur değilim. Nasıl bu duruma düştüm. Çok şükür hastaneye gelebildim.” İfadelerini kullandı. - Hastalığa son zamanlarda yaşadığı üzüntü ve stresin sebep olduğunu, hastalığın sigaradan dolayı olmadığını bildiriyor. -Hastalığından sonra sigarayı bıraktığını ancak alkole devam ettiğini ifade etti. -Hastaneden sıkıldığını, ancak hastanede kendini daha güvende hissettiğini ve iki gündür daha iyi uyuduğunu belirtti.	Yetersizlik/Eksiklik Çelişki/Uyuşmazlık	-Hastanın inanç ve değer sistemine yönelik görüşleri önyargı olmadan kabul edilir. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Bireyin manevi gereksinimlerine dikkat çekilir. Eğer bu konuda destek almayı kabul ederse gerekli ortam oluşturulur. (Düşünmek için sessiz ve sakin bir oda, dini lider ile görüşme vb.) (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Olumlu davranışı (sigarayı bırakma) desteklenir ve takdir edilir. (Hemşirelik Girişimi: korumak) -Sigara ve alkolün zararları anlatılır. (Hemşirelik Girişimi: korumak, kolaylaştırmak) -Korkularını ve endişelerini ifade etmesi sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak)	-Eşi A.K.’nin sigarayı hatırlamaması için evde kahve pişirmeyeceğini söyledi. -Hastaneden ayrıldıktan sonra artık alkol de almayacağını ifade etti. “Arkadaşlara söyleyeceğim. İçki masalarında artık yokum.” şeklinde geri bildirimde bulundu. -A.K. hastane dışına yönelik korkusunun azaldığını bildirdi.

Beslenme	- Hiç diyetisyene gitmemiş. -Beslenme konusunda kişinin kendini frenlemesi gerektiğine inanıyor. -Ara öğünü sevmediğini ve günde 2 öğün beslendiğini belirtti. -Sebze ağırlıklı ve az tuzlu besleniyor. - Haftada 1 kez et/tavuk yediğini, iştahının iyi olduğunu belirtti. -Evde de beslenme konusunda eşinin dikkat ettiğini söyledi.	Çelişki/Uyuşmazlık	-Mevcut hastalıklara göre nasıl beslenmesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılır. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Ara öğünlerin önemine dikkat çekilir. Ara öğün alması sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: sınırlandırmak)	-Hasta gençliğinden beri bu şekilde beslendiğini, yine de ara öğün almayı deneyeceğini bildirdi.
Boşaltım	-Sık sık idrara çıktığını belirtti. “Sanırım aldığım ilaçlar yüzünden.” diye konuştu. -Defekasyona bugün çıkmış. Sorun yok. -Yakın zamanda kardeşini kaybettiğini belirtti. Duygularını sözle ifade etmiyor ancak kardeşini	Yetersizlik/Eksiklik	-Kullanılan ilaçlar ve olası riskler (düşme, kanama, travma vb.) konusunda hasta bilgilendirilir. (Hemşirelik Girişimi: korumak) -Duygularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilir. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Yas süreci (inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme) desteklenir.	-Hasta odası olası riskleri azaltmak için hastanın eşi ile düzenlendi. -A.K. ve eşinin özellikle yataktan kalkarken daha dikkatli davrandığı gözlemlendi. -Hastanın eşi ile yapılan görüşmede, eşi A.K.’nin daha az ağladığını belirtti.

	kaybettiğini söylerken gözleri doluyor.		(Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak)	
Cinsellik	-A.K. kendini ifade ederken “baba” olarak tanımlamaktadır. -Hastalıklarından dolayı yıprandığını söylemektedir. -Diyabet, SVO, kalp yetersizliği, kronik böbrek yetmezliği tanımlarının olması. -Son iki ayda üçüncü kez hastanede yattığını belirtti.	Yetersizlik/Eksiklik	-Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında rahatça konuşması için hasta cesaretlendirilir. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Mevcut hastalıklarından dolayı cinsel fonksiyonları azaltabilecek etmenler ve çözümü konusunda bilgilendirme yapılır. (Hemşirelik Girişimi: korumak, kolaylaştırmak)	-Hasta A.K. bu konuda konuşmak istememiştir. Bu nedenle bilgilendirme eşi ile ayrı bir görüşme yapılarak sağlandı.
Başarı	-Eşi yaşam koşullarının iyi olmadığını ve bu nedenle stres ve sıkıntı yaşadıklarını söyledi. -Eşi A.K.’nin son zamanlarda çok duygusal olduğunu ve sık sık ağladığını belirtti. -A.K. hastalıkların üst üste geldiğini ve onu yıprattığını belirtti. -Sağlığını “berbat” olarak tanımlıyor.	Yetersizlik/Eksiklik Üstünlük	-Hastanın ve eşinin duygularını paylaşmasına fırsat verilir. Tüm duygularının anlaşıldığı belirtilir. (Hemşirelik Girişimi: korumak, kolaylaştırmak) -Geçmişteki baş etmede başarılı olduğu konuları hatırlaması sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Aynı hastalığı olan bireyler ile bir araya gelmesi	-Geçmişte daha çok mesleği ile ilgilendiğinden sıkıntıları ile baş ettiğini belirtti. Hastaneden çıktıktan sonra olabildiğince iş ile ilgileceğini ifade etti. -A.K. benzer durumdaki bireyler ile bir araya gelmesi için derneklere başvurabileceğini belirtti. -Hasta verilen nefes egzersizi eğitimi sonrasında kendini daha iyi hissettiğini bu

	-“Nasıl üstesinden geleceğimi bilmiyorum.” ifadelerini kullandı.		sağlanır. (Hemşirelik Girişimi: kolaylaştırmak) -Stres ile baş etme yöntemleri (nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri vb.) öğretilir. Her gün 15-20 dk egzersiz yapmasının yararlı olacağı ifade edilir. (Hemşirelik Girişimi: korumak, kolaylaştırmak)	egzersizlere evde de devam edeceğini ifade etti.
--	--	--	---	--

Tartışma

Bu çalışmada birçok kronik hastalığı olan olgunun hemşirelik süreci davranışsal sistem modeli kullanılarak sunulmuştur. Davranışsal sistem modelinde yer alan alt sistemler, olgunun ayrıntılı olarak değerlendirilmesine ve spesifik ihtiyaçlarına yönelik bakım sağlanmasına katkı sağlamıştır. Sonuç olarak bireyin alt sistemlerindeki dengesiz davranışları, davranışsal sistem modeli rehberliğinde sağlanan hemşirelik bakımı ile büyük ölçüde giderilmiştir. Bilindiği üzere olgu çalışmaları hemşirelere, hemşirelik modellerini uygulama fırsatı sunan bir yaklaşımdır (Ghanbari Afra ve Haji Mohammad Hoseini, 2020). Yapılan sistematik bir derlemede davranışsal sistem modeline dayalı hemşirelik sürecinin kullanıldığı klinik araştırmalarda, bazı zorluklar olsa da modelin farklı yaş gruplarında uygulanabilir ve etkili olduğu bildirilmiştir (Miladinia, 2023). Ghanbari Afra ve Haji Mohammad Hoseini tarafından yapılan çalışmada, iki ay boyunca davranışsal sistem modeline dayalı verilen hemşirelik bakımının kalp yetersizliği tanılı bir hastada faydalı olabileceği gösterilmiştir (Ghanbari Afra ve Haji Mohammad Hoseini, 2020). Bayram ve Demirbağ'ın çalışmasında ise yoğun bakım ünitesinde yatan serebrovasküler olay hastasının öz bakım gücünü arttırıcı davranışlar kazanmasında modelin etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (Bayram ve Demirbağ, 2021). Multiple sklerozlu hastaların hemşirelik bakımında da modelin kullanımının uygun olduğu gösterilmiştir (Oymağaçoğlu ve Karabacak, 2021). Ülkemizde ameliyat sonrasında modelin kullanıldığı tek bir çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmada tiroidektomi olan bir hastanın hemşirelik bakımında davranışsal sistem modeli kullanılmış ve bakım hedeflerine ulaşılmıştır (6). Dolayısıyla hem kronik hastalıklarda hem de cerrahi işlemlerden sonra davranışsal sistem modelinin yararlı olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında elde edilen olumlu sonuçlar, davranışsal sistem modelinin hemşirelik sürecinde kullanılmasının literatür ile benzer şekilde faydalı olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda davranışsal sistem modelinin klinikte kullanılması ve farklı hasta gruplarında modelin kullanıldığı bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

Andı S., & Şinik, M. (2023). Dorothy Johnson’ın davranışsal sistem modeli’nin tiroidektomi ameliyatı sonrası hastanın bakım sürecinde kullanılması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 15(3):860-4. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-95463>.

Basit, G. (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 77-90. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgehes/issue/56493/725187>.

Bayram, A., Demirbağ, BC. (2021). Johnson davranışsal sistem modeli: serebrovasküler olay olgu sunumu. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 255-267. DOI:10.38108/ouhcd.893751

Ghanbari Afra, L., & Haji Mohammad Hoseini, M. (2020). Implementing Johnson’s behavioral system model in a patient with heart failure: A case study. *Journal of Vessels and Circulation*.1(4):45-52.

<http://dx.doi.org/10.29252/jvesselcirc.1.4.45>

Hidayati, E., & Ismail, S. (2023). S. Pranata et al. (Eds.): LSISHS 2022, AHSR 60, 270–277. Erişim adresi: https://doi.org/10.2991/978-94-6463-132-6_31.

Miladinia, M., Elahi N., Molavynejad, Sh., & Asadizaker, M. (2023). The clinical application of the Johnson's behavioral system model and the challenges of its application in nursing: A systematic review. *Scientific Journal of Medical Sciences*, 2(1), 13-18.

Oymağaçlıo, K. & Gülseven Karabacak, B. (2021). Multiple sklerozlu bir hastanın Dorothy Johnson’ın davranışsal sistem modeline göre incelenmesi: Olgu örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 24(4): 579-588. <http://dx.doi.org/10.17049/ataunihem.748380>.

Sahin, G., Buldak, C. İ., Kaya, V., Guvenc, G., Iyigun, E.(2020). Türkiye’de Hemşirelikte Model Kullanılarak Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi: Sistematiik Derleme. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(2), 170-179.Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/0894318408320162>.

Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2023). Nursing Process. In StatPearls. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>.

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. Scandinavian journal of caring sciences, 33(3), 540–555. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/scs.12670>.

BÖLÜM X

Hemşirelik Eğitiminde Sanal Gerçeklik Kullanımı

Fatma BOĞAN¹
Reyhan ESKİYURT²
Birgül ÖZKAN³

Giriş

Gelişen bilgi teknolojisi ve hemşire iş gücündeki azlık nedeniyle, hemşirelik eğitiminde bir dönüşüme ihtiyaç duyulmaktadır (Juraschek ve ark., 2019). Hemşirelik eğitiminin temel amacı, teorik bilginin klinik uygulamaya dönüştürülmesini desteklemektir (Shin ve ark., 2015). Ancak, sınırlı klinik uygulama

¹ Öğr. Gör., Düzce Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

³ Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

süresi, öğrencilerin gerçek hastalarla deneyim kazanma fırsatlarını kısıtlamaktadır (Yuan ve ark., 2012). Bu durum, öğrencilerin gerçek klinik ortamlara hazırlanmasını engelleyerek hemşirelik prosedürü hatalarına sebebiyet verebilir ve hastaların güvenliğini tehlikeye atabilir (Uysal, 2016). Teori ile uygulama arasındaki boşluğun daraltılması, hemşirelik eğitimcileri için çeşitli zorluklar ortaya çıkarmaktadır.

Hemşirelik eğitiminde yaygın olarak kullanılan teknolojik bir araç, simülasyon yöntemleridir (Gündoğdu ve Dikmen, 2017; Unver ve ark., 2017). Simülasyon, öğrencilerin gerçek riski olmayan sanal veya yapay ortamlarda deneyim kazandığı bir eğitim yöntemidir. Bu sayede öğrenciler, klinik becerilerini geliştirebilir ve teorik bilgiyi pratik uygulamalarla birleştirebilir (Cannon, 2009). Simülasyon uygulamaları, düşük–yüksek özellikli simülatörler, interaktif hasta simülatörleri, video, DVD, simülasyon yazılımları, bilgisayar temelli simülasyon ve sanal gerçeklik gibi çeşitli araçları içerir (Gündoğdu ve Dikmen, 2017).

Simülasyon, hemşirelik eğitiminin değişen dünyasını desteklemek ve öğretim sürecini optimize etmek için değerli bir öğretme-öğrenme stratejisi olarak kabul edilmektedir (Ricketts, 2011). Artık, simülasyon hemşirelik eğitiminin önemli bir bileşeni haline gelmiştir (Alexander, 2015). Simülasyon, öğrencilere teoride öğrenilen becerileri gerçekçi senaryolarla uygulama fırsatı sunarak bilişsel ve beceri düzeylerini geliştirmeyi hedefler (Flott ve Linden, 2016). Simülasyon teknolojisinin gelişmesiyle birlikte, başlangıçta askeri ve tıp bilminde kullanılan sanal dünya keşfedilmiştir (Chen ve ark., 2020). Sanal gerçeklik, bilgisayar teknolojisinin kullanılmasıyla kullanıcıların etkileşimli üç boyutlu bir dünyada mekansal bir varlık hissi yaşamasını sağlar (Lopreiato, 2016). Sanal gerçeklik, gerçek algı ve nesnelerle etkileşim yoluyla birinci şahıs etkileşimli öğrenme deneyimi sunan dijital bir dünyadır. Simülasyonu etkinleştirerek klinik ve prosedür odaklı eğitim için son derece uygundur (Kyaw ve ark., 2019). Sanal gerçeklik simülasyonu, çeşitli sürükleyici, son derece görsel ve üç boyutlu özellikleri kullanarak gerçek hayattaki durumları ve sağlık bakım

prosedürlerini taklit etmektedir. Bu simülasyonlar, fiziksel veya bilgisayar ara yüzleri (klavye, fare, konuşma/ses tanıma, hareket sensörleri) veya dokunsal cihazlar gibi farklı araçları içerebilir (Shin ve ark 2019).

Sanal simülasyon, gerçek kişilerin katılımıyla bilgisayar ekranı aracılığıyla simüle edilmiş sistemleri çalıştırmayı ifade eder. Özellikle prosedürel eğitim için kullanılan, genellikle entegre cerrahi simülatörleriyle etkileşime geçmek için dokunsal cihazları içeren bir simülasyon türüdür (Lopreiato, 2016). Sanal gerçeklik, genel olarak simülasyonu öğretim için etkili bir tamamlayıcı araç haline getirebilir (Shin ve ark 2019; Smith ve Hamilton, 2015). Sanal gerçeklik, tıp eğitimi alanında da büyük ilgi görmektedir. Örneğin, cerrahi eğitimde, öğrencilerin ellerini kullanarak gerçekçi bir cerrahi deneyim yaşamasını sağlayan haptik geri bildirimli simülasyon sistemleri geliştirilmiştir (Foronda, 2017). Bu sistemler, cerrahi becerileri geliştirmek ve öğrencilere gerçek hastalar üzerinde pratik yapmadan önce güvenli bir ortamda yeteneklerini test etme imkanı sağlamaktadır. Ayrıca, sanal gerçeklik simülasyonları, hasta güvenliği ve acil durum becerileri gibi önemli alanlarda hemşirelik eğitimine de entegre edilmektedir (Fealy ve ark., 2019). Öğrenciler, sanal ortamlarda gerçekçi senaryolara dayalı durumları deneyimleyerek iletişim, karar verme, eleştirel düşünme ve kapsayıcılık gibi becerilerini geliştirebilirler. Sanal gerçeklik kullanımı, öğrencilere güvenli bir ortamda becerilerini uygulama fırsatı sunar (Wright ve ark., 2018). Simülasyon teknolojisi, sanal gerçeklik gibi ilerledikçe ve daha uygun maliyetli hale geldikçe, hemşirelik eğitiminde dönüşüm sağlamaktadır (Foronda, 2017). Sanal gerçeklik, liderlik, iletişim, karar verme, eleştirel düşünme, kapsayıcılık, değerlendirme ve afet triyajı gibi birçok hemşirelik kavramını öğretmek için kullanılmaktadır (Fealy, 2019; Wright ve ark., 2018). Sanal gerçeklik kullanımıyla ilgili olarak, bazı çalışmalar sanal gerçekliğin geleneksel yöntemlere kıyasla bilgi ve performans sonuçları üzerinde daha etkili olmadığını bildirmiş olsa da hala bazı tutarsızlıklar bulunmaktadır (Farra, 2015). Bu çalışmanın amacı, hemşirelik eğitiminde sanal gerçeklik

kullanımının bilgi, beceri, memnuniyet, güven ve performans süresi gibi değişkenler üzerindeki etkinliğini araştıran çalışmaları incelemektir.

Yöntem

Araştırma verileri, 06.05.2023- 16.05.2023 tarihleri arasında internet üzerinden CINAHL, Pubmed, Cochrane ve Google scholar veri tabanları üzerinde yapılan tarama ile elde edilmiştir. “Virtual reality, education, nursing” anahtar kelimeleri olarak taratılmıştır.

Hemşirelik öğrencileri eğitiminde sanal gerçeklik kullanımının bilgi, beceri, memnuniyet, güven ve performans süresi gibi değişkenler üzerindeki etkinliğini araştıran çalışmaları incelemek amacıyla yapılan taramada son 2 yıl (2021-2023) içerisinde yapılan, anahtar kelimelerle taratılarak konuyla ilgisi tespit edilen, hemşirelik eğitiminde kullanılan sanal gerçekliği içeren araştırmalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Tam metnine ulaşılmayan araştırmalar, derleme, sistematik derleme ve meta-analiz şeklinde yayınlanan araştırmalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular

Bu çalışmada 9 araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin 9’uda İngilizce olarak yazılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular “Makale, Amaç, Örneklem, Ölçüm Araçları ve Uygulamanın Etkisi” başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilen Makalelere Ait Tanımlayıcı Veriler

Makale	Amaç	Örneklem	Ölçüm Araçları	Uygulamanın Etkisi
Saab ve ark. (2021)	Hemşirelik öğrencilerinin sanal gerçekliği hemşire eğitimine dahil etme bakış açılarını keşfetmek.	n:26	Yüz yüze yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler ve odak gruplarına katılım ile tümevarımsal tematik analiz kullanılarak analiz edilmiştir.	Bulgular, sanal gerçeklik teknolojisinin öğrenmeyi kolaylaştırma, mevcut eğitim yaklaşımlarını tamamlama ve hemşire eğitimcilere yeni ve ilgi çekici içerik sağlama araçları sağlama potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.
Chang ve Lai (2021).	Hemşirelik öğrencilerinin sanal gerçeklik becerisini öğrenme sürecindeki deneyimlerini anlamak.	n:60	Odak grup araştırma yöntemleri benimsenmiştir.	Sanal gerçeklik hemşirelik beceri eğitimi destek sisteminin gelecekteki uygulamaları, geleneksel beceri öğretim yöntemlerinin yerini almak yerine öğrencinin kendi kendine öğrenmesini destekleyen bir araç olarak hizmet edecektir.
Yıldız ve Demiray (2022)	Hemşirelik öğrencilerinin intravenöz kateterizasyon ve sıvı verme eğitimlerinde sanal gerçeklik	Deney grup:29 Kontrol grup:27	Öğrenci Bilgi Formu, İntravenöz Kateter Uygulaması ve Sıvı Verme Becerileri Kontrol Listesi ve Bondy Derecelendirme Ölçeği, Sanal gerçeklik	Sanal gerçeklik teknolojisinin öğrencilerin intravenöz kateterizasyon ve sıvı verme uygulama becerilerini geliştirmedeki başarı düzeylerine olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir.

	teknolojisi kullanımının etkisini belirlemek.		teknolojisi (3D IV kateterizasyon e-öğrenme), İntravenöz (IV) enjeksiyon kolu modeli	
Yu ve ark. (2021)	Bir sanal gerçeklik simülasyon programının Koreli hemşirelik öğrencilerinin bilgisi, performans öz-yeterliliği ve öğrenci memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemek	Deney grup:25 Kontrol grup:25	Her iki gruba da yenidoğan enfeksiyon kontrolü ile ilgili konu anlatımı sonrasında ön test uygulanmıştır. Sanal gerçeklik simülasyonu (HirNIC VR simülasyon program) ve rutin yenidoğan yoğun bakım ünitesi uygulaması	Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, deney grubu, yüksek riskli yenidoğan enfeksiyonu kontrol performansı öz yeterliliği ($t = -2.16$, $p = .018$) ve öğrenci memnuniyetinde ($t = -5.59$, $p < .001$) önemli ölçüde gelişme göstermiştir.
Kim ve Ahn, (2021)	Sürükleyici sanal gerçeklik medya teknolojisi ile ilgili bilişsel ve duygusal değişkenlerin hemşirelik öğrencilerinin öğrenmesi üzerindeki etkilerini belirlemek	n:121	Sanal gerçeklik ile deneyimsel öğrenmenin ardından anketler aracılığıyla veriler toplanmıştır. Sanal gerçeklik öğrenimi için VIVE'ın HTC VIVE ECO CE modeli kullanılmıştır	Bu çalışma, sanal teknolojinin özelliklerine göre sanal gerçeklik teknolojisini kullanarak bir öğrenme programı geliştirmek için gerekli içgörülerini göz önünde bulundurarak sanal gerçeklik teknolojisine dayalı öğrenmenin öğretme ve öğrenme yöntemi için stratejik

				çıkarımlar sağlaması açısından anlamlıdır.
Al-Mugheed ve ark. (2022)	Hemşirelik öğrencileri arasında bilgi, tutum ve standart önlemlere uyum ile ilgili geleneksel eğitimle karşılaştırıldığında çevrimiçi öğretim ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamalarının etkinliğini değerlendirmek	n:126	Deney grubu çevrimiçi eğitim ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamalarını kullanırken, kontrol grubu geleneksel eğitimi kullanmıştır. Bilgi, tutum, hemşirelik öğrencilerinin ön ve son testlerinde standart önlemlere uyum kullanılmıştır.	Deney grubu hemşirelik öğrencilerinin performansı, çevrimiçi öğretim ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamaları ile önemli ölçüde artmıştır. Bu çalışma, hemşirelik öğrencileri arasında çevrimiçi eğitim ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamasının etkinliğini göstermiştir.
Shujuan ve ark. (2022)	Sanal gerçeklik senaryolarının hemşirelik öğrencileri arasında afete hazırlık üzerindeki etkisini değerlendirmek	n:106	Afete Hazırlık Anketi, Katılımcılardan güvenlerini 0 ile 9 arasında değişen bir ölçek kullanarak derecelendirmeleri istenmiştir, Katılımcıların performansı beş sınav görevlisi tarafından değerlendirilmiştir.	Sanal gerçeklik gruplarının afete müdahale konusundaki hemşirelik müfredatına entegre edilmesi, hemşirelik öğrencileri arasında afete hazırlık, güven ve performansı artırabilir.

Lo ve ark. (2022)	Uzun süreli bakım için nazogastrik tüple besleme becerisinin geliştirilmesinde sürükleyici sanal gerçeliği(IVR) kullanmış ve hemşirelik öğrencilerinin öğrenme çıktılarını geleneksel öğrenme modeliyle karşılaştırıldığında iyileştirmede IVR'nin etkinliğini araştırmak.	Deney grup:54 Kontrol grup:53	IVR grubu; nazogastrik tüple beslenme işlemini IVR aracılığıyla Kontrol grubu;15 dakikalık 2 boyutlu video izleme. Nazogastrik tüple beslenme bilgisi üzerine ön test ve son test anketleri. Deney tamamlandıktan sonra öğrenme motivasyonları, bilişsel yük ve öğrenme tatmini hakkında anketi.	Hem IVR eğitimi hem de geleneksel 2D video, hemşirelik öğrencilerinin öğrenme çıktılarını iyileştirmiştir. Öğrenciler IVR'den geleneksel öğrenme modeline göre daha memnun ve IVR'nin dışsal öğrenme motivasyonlarına ve algılanan görev değerine ilham verdiğini belirtmişlerdir.
Mather ve McCarthy. (2021).	Yüksek sadakatli bir simülasyon ortamının birinci sınıf lisans yetişkin hemşirelik öğrencilerinde kardiyopulmoner resüsitasyonun (CPR) güvenini ve performansını artırıp artırmadığını araştırmak.	Deney grup:7 Kontrol grup:8	Müdahale öncesi ve müdahale sonrası öz bildirim güven anketi kullanılarak ve Laerdal Medical “Little Anne” manken QCPR yazılımı tarafından üretilen performans verilerinden toplanmıştır.	Simülasyon kullanımının hemşirelik öğrencilerinin CPR üstlenmeye olan güvenini artırdığını ancak yüksek sadakatli bir simülasyon ortamının CPR performanslarını mutlaka iyileştirmede göstermektedir.

Çalışmaların Örneklem Özellikleri ve Ölçüm Araçları

Saab ve ark. (2021) çalışmalarına; İrlanda'da büyük bir devlet üniversitesindeki hemşirelik lisans öğrencilerinden kartopu örneklem yöntemi ile katılımcıları dahil etmiştir. Öğrenciler (n = 26) Ocak ve Şubat 2020'de yüz yüze yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelere ve odak gruplarına katılmışlardır. Bir sonraki çalışma Chang ve Lai (2021) tarafından yürütülmüştür. Araştırmada Yetişkin Hemşireliği ve Uygulama kursuna katılan 60 hemşirelik öğrencisini seçmek için amaçlı örneklem yöntemi kullanılmışlardır. Katılımcılar, her biri 10 katılımcıdan oluşan altı odak gruba ayrılmıştır. Yıldız ve Demiray (2022) çalışmalarında; deney grubunda 29 öğrenci, kontrol grubunda ise 27 öğrenci yer almıştır. Uygulama deney grubuna sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak, kontrol grubuna ise intravenöz enjeksiyon kolu modeli kullanılarak yapılmıştır. Yu ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında; eşdeğer olmayan kontrol grup tasarımı uygulamışlardır. Hemşirelik son sınıf öğrencileri, sanal gerçeklik simülasyonu ve rutin yenidoğan yoğun bakım ünitesi uygulamalarının yapıldığı deney grubu (n=25) ve rutin yenidoğan yoğun bakım ünitesi uygulamalarının yapıldığı kontrol grubu (n=25) olarak ikiye ayrılmıştır. Kim ve Ahn (2021) çalışmalarında; bir üniversitede, çalışmanın amacını anlayan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 121 hemşirelik öğrencisi ile çalışmıştır. Sanal gerçeklikle deneysel öğrenmenin ardından veriler anketler aracılığıyla toplanmıştır. Sanal gerçeklik öğrenimi için VIVE'in hTC VIVE ECO CE modeli kullanılmıştır. Al-Mugheed ve ark. (2022) çalışmalarını; Kuzey Kıbrıs Türkiye Cumhuriyeti'nin en büyük üniversitelerinden birinde, hemşirelik öğrencileri arasında gerçekleştirmiştir. Yeterli klinik uygulama kredi saatine sahip oldukları ve mezuniyete yakın oldukları için üçüncü ve dördüncü hemşirelik sınıflarındaki uluslararası öğrencileri çalışmaya alınmıştır (n=126). Öğrenciler rastgele deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Her grup 63 öğrenciyle başlamıştır; ancak kontrol grubunda 4 öğrenci ön test sonrası çalışmadan çıkarılmıştır. Deney grubunun katılım oranı %100, kontrol grubunun ise %96'dır. Shujuan ve arkadaşları (2022), randomize kontrollü bir çalışma

planlamış; kırk dokuz hemşirelik öğrenciyi sanal gerçeklik gruplarına, 52 öğrenciyi ise kontrol grubuna almıştır. Veriler çalışmanın başlangıcında ve sonunda toplanmıştır. Lo ve ark. (2022) çalışmalarında, Tayvan'ın merkezindeki iki üniversitenin uzun süreli bakım bölümlerinden 107 öğrenciyi rastgele sürükleyici sanal gerçeklik (IVR) grubuna (n = 54) veya kontrol grubuna (n = 53) atayarak örneklemi belirlemiştir. Deney grubu nazogastrik tüple beslenme işlemini IVR aracılığıyla öğrenirken, kontrol grubu 15 dakikalık 2 boyutlu video izlemiştir. Katılımcılar nazogastrik tüple beslenme bilgisi üzerine ön test ve son test anketlerini doldurmuşlardır. Deney tamamlandıktan sonra katılımcılar öğrenme motivasyonları, bilişsel yük ve öğrenme tatmini hakkında başka bir anketi yanıtlamışlardır. Mather ve McCarthy (2021) çalışmaları, müdahale grubu (n=7) ve kontrol grubu (n=8) olarak randomize edilen 15 katılımcıdan oluşan bir örneklemi içermektedir. Kontrol grubuna, modifiye edilmiş bir sınıf ortamında orta kalitede bir simülasyon senaryosunda bir manken kullanarak CPR becerisi öğretilip ve test edilirken, müdahale grubu aynı öğretim, test ve simülasyon senaryosunu ancak yüksek kalitede simülasyon senaryosu kullanılarak eğitim verilmiştir.

Çalışmalardaki Uygulamaların Etkileri

Saab ve ark. (2021) nitel bir çalışma olarak planladıkları araştırmada görüşmelerden sanal gerçekliğin büyüleyici, yenilikçi ve güçlendirici doğası, bağlamsal aktarım ve gerçekleştirmeye yönelik zorluklar ve tehditler olarak üç şema oluşturmuşlardır. Katılımcılar sanal gerçekliğin yeni, eğlenceli, akılda kalıcı, kapsayıcı ve ilgi çekici bir öğrenme aracı sunduğunu ifade etmişlerdir. Birçoğu, sanal gerçekliğin mevcut öğretme ve öğrenme yaklaşımlarını tamamlayacağına, öğrencilerin özgüvenini artırmaya yardımcı olacağına ve hemşirelik öğrencilerine deneme, yanılma ve problem çözme için güvenli bir alan sağlayacağına inandıklarını ifade etmişlerdir. Çeşitli hemşirelik becerilerini uygulamak ve insan anatomisi, fizyolojisi, problem çözme ve klinik karar verme hakkında bilgi edinmek için sanal gerçeklik kullanımı önerilmiştir.

Katılımcılar, teknolojinin neden olduğu kaynakları, sanal gerçekliğin hemşire eğitiminde uygulanmasının önündeki zorluklar olarak tanımlamış ve sürekli yüz yüze geri bildirim ihtiyacını vurgulamışlardır. Bulgular, sanal gerçeklik teknolojisinin öğrenmeyi kolaylaştırma, mevcut eğitim yaklaşımlarını tamamlama ve hemşire eğitimcilere yeni ve ilgi çekici içerik sunma araçları sağlama potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Chang ve Lai (2021) çalışmalarında, toplam 60 öğrenciyle yapılan odak grup görüşmesi içeriği analiz edilmiş, öğrencilerin sanal gerçeklikle ilgili deneyimlerinin "pratik yapmak için uygun, ancak adaptasyon gerektiriyor", "hızlı beceri öğrenme süreci", "stresiz öğrenme ortamı", "çevre dostu" ve "gerçeklik hissinden yoksun" olmak üzere beş temada sınıflandırılabileceğini ortaya koymuştur. Sanal gerçeklik hemşirelik beceri eğitimi destek sisteminin gelecekteki uygulamaları, geleneksel beceri öğretim yöntemlerinin yerini almak yerine, öğrencinin kendi kendine öğrenmesini destekleyen bir araç olarak hizmet edeceği ayrıca sanal gerçeklik hemşirelik beceri eğitimi destek sisteminin araştırma ve geliştirme çalışmaları stereognoz yönüne odaklanmalı ve sistemi pratik bir öğretim ve öğrenme destek materyaline yükseltmek için etkileşimli bir işlev içermelidir sonucuna varılmıştır. Yıldız ve Demiray (2022) çalışmalarında deney ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin İntravenöz Kateter Uygulama ve Sıvı Verme Becerileri Kontrol Listesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Bondy Değerlendirme Ölçeği'ne göre deney ve kontrol gruplarında "denetlenen" düzeyde olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sanal gerçeklik teknolojisi, intravenöz kateter uygulama ve sıvı verme becerilerinin geliştirilmesinde bir öğretim yöntemi olarak etkili bulunmuş ve hemşirelik eğitiminde kullanımının artırılması önerilmiştir. Yu ve arkadaşlarının (2021) çalışmalarında, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, deney grubu yüksek riskli yenidoğan enfeksiyon kontrol performansı öz yeterliliğinde ($t = -2.16, p = .018$) ve öğrenci memnuniyetinde ($t = -5.59, p < .001$) önemli ölçüde daha fazla gelişme göstermiştir. Sanal gerçeklik simülasyon programı,

hemşirelik öğrencilerinin güvenli sanal alanlarda uygulama deneyimlerini genişletebilir ve performans öz yeterliliklerini ve öğrenme memnuniyetlerini artırabilir sonucuna varılmıştır. Kim ve Ahn (2021), sanal gerçeklik teknolojisi tabanlı öğrenmenin öğretme ve öğrenme yöntemi için stratejik çıkarımlar sağlaması açısından anlamlı olduğu sonucuna varmıştır. Al-Mugheed ve ark. (2022) çalışmalarının sonucunda, standart önlemlere ilişkin bilgi, tutum ve uyumun iki grup arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymuş ve deney grubu hemşirelik öğrencilerinin performansı, çevrimiçi eğitim ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamaları ile önemli ölçüde artmıştır. Hemşirelik öğrencileri arasında çevrimiçi eğitimin ve oyun tabanlı sanal gerçeklik telefon uygulamasının etkinliğini göstermiştir. Shujuan ve arkadaşları (2022), sanal gerçeklik uygulamalarının afet müdahalesine ilişkin hemşirelik müfredatına entegre edilmesinin, hemşirelik öğrencileri arasında afete hazırlığı, güveni ve performansı artırabildiğini ve VR uygulamalarının hemşirelikte afet eğitimi eksikliği ile afete hazırlık için gerekli olan taleplerin arasındaki boşluğu doldurabilecek uygun maliyetli bir simülasyon yöntemi olduğu sonucuna varmıştır. Lo ve ark. (2022) çalışmalarında, hem sürükleyici sanal gerçeklik (IVR) eğitimi hem de geleneksel 2D video, hemşirelik öğrencilerinin öğrenme çıktılarını iyileştirmiştir. Öğrenciler IVR'den geleneksel öğrenme modeline kıyasla daha memnun kalmış ve IVR'nin dışsal öğrenme motivasyonlarına ve algılanan görev değerine ilham verdiğini belirtmişlerdir. Ancak IVR, gelecekteki kurs tasarımlarında ele alınması gereken yüksek bir bilişsel yüke neden olmuştur. Mather ve McCarthy. (2021) çalışmalarında, müdahale grubunun performans ölçütlerinde kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görülmemiştir. Her iki grup da kritik durumdaki bir hastayı yönetme bilgi ve becerilerine ilişkin güvenlerinde genel bir iyileşme olduğunu bildirmiştir, ancak bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Simülasyon kullanımının hemşirelik öğrencilerinin CPR yapma konusundaki güvenlerini artırdığını, ancak yüksek sadakatli bir simülasyon ortamının CPR performanslarını mutlaka iyileştirmedigi sonucuna varılmıştır.

Tartışma

Sanal gerçeklik uygulamalarının hemşirelik eğitimine katkısı son yıllarda üzerinde sıkça durulan konulardandır. Plotzky ve arkadaşlarının (2021) 22 orijinal araştırmayı inceledikleri çalışmalarında, sanal gerçeklik uygulamaları hemşirelik eğitiminde son yıllarda yaygınlaşmasına rağmen senaryo tabanlı simülasyon eğitimleri üzerine yapılan çalışmaların yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca teknoloji üreticilerinin terminoloji konusunda net olmadıklarını vurgulamışlardır. Harmon ve arkadaşlarının (2021) ağrı eğitimi için klinik simülasyonda yapay zeka ve sanal gerçekliğin kullanımı üzerine 4 orijinal çalışma incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda hemşirelere yönelik ağrı eğitiminde sanal gerçeklik veya yapay zekanın kullanımına ilişkin araştırma eksikliği ayrıca hemşirelik eğitimi, uygulaması ve politikasını bilgilendirmek ve böylece hemşirelik ağrı eğitiminin ilerlemesini desteklemek için sağlam tasarımı daha fazla ampirik araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir. Shorey ve Ng (2021) çalışmalarında, randomize kontrollü çalışmalar ve yarı deneysel çalışmaları içeren 18 makale incelemişlerdir. Sonuç olarak, üç öğrenme çıktısı arasında (beceri temelli, bilişsel ve duyuşsal), sanal gerçekliğin teorik bilgi gibi bilişsel çıktıları iyileştirmede etkili olduğunu ve bu durumun hemşirelik eğitiminde teorik bilgilerin öğretiminde sanal gerçekliğin alternatif veya tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini kanısına varılmıştır. Choi ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında, hemşirelik eğitiminde sürükleyici sanal gerçeklik kullanımının etkinliğini ve önündeki engelleri analiz etmek amacıyla 9 çalışma incelemiştir. Neticede, sürükleyici sanal gerçekliğin öğrenmeyi, bilişsel ve psikomotor performansı artırdığını gösterilmiştir. Engellerin teknolojik donanım ve yazılımlarla ilişkili olmasıyla birlikte çalışmaların çoğu katılımcısı, eğitimde ve çeşitli deneysel senaryolarla sürükleyici sanal gerçekliği kullanmayı tercih etmiştir. Liu ve arkadaşları (2023) çalışmalarında, sürükleyici ve etkileşimli öğrenme deneyimleri sağlayarak hemşirelik eğitimini dönüştürmede önemli bir potansiyel gösteren sanal gerçekliğin (VR) bu potansiyelini değerlendirmeyi amaçlayan 12 çalışmayı incelemiştir.

Geleneksel öğretim yöntemleriyle karşılaştırıldığında sanal gerçekliğin hemşirelik öğrencilerinin teorik bilgilerini, uygulama yeterliliklerini ve genel memnuniyetlerini geliştirmede üstün bir potansiyel sunduğunu, ancak eleştirel düşünme becerilerini geliştirmede önemli bir avantaj sağlamadığını vurgulanmıştır. Jallad ve Işık (2022) yaptıkları bir sistematik derlemede, sanal gerçeklik uygulamalarının hemşirelik eğitiminde bir öğretme/öğrenme stratejisi olarak klinik beceri ve performans kazanımı, özgüven ve memnuniyeti arttırdığı, kaygı düzeyini azalttığını ifade etmişlerdir. Moyer (2023) yaptığı derlemesinde; sanal gerçeklik uygulamalarının psikiyatri hemşireliği eğitiminde geleneksel ve diğer simülasyon yöntemleriyle benzer etkinlikte olduğunu ifade etmiştir. Ancak sanal gerçeklik kullanımının teknik zorlukları, bilgi güvenliği ve maliyet gibi zorlukları olduğunu ifade etmiştir.

Bizim çalışmamızda sanal gerçeklik uygulamalarının hem teorik öğrenme hem de pratik beceri kazanımına olumlu etki ettiği kanısına varılmıştır. Ayrıca klasik sınıf eğitiminin dışında bireysel ve etkin öğrenme imkanı sağlaması açısından önemli bir eğitim metodudur. Giderek bireyselleşen toplumun eğitim ihtiyacını karşılamada etkili ve sürdürülebilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Sanal gerçeklik uygulamaları ile verilen eğitimlerde öğrencilerin teorik bilgilerinin ve pratik becerilerinin arttığı, öğrenmeyle ilgili kaygı ve streslerinin azaldığı, memnuniyetlerinin arttığı kanaatine varılmıştır. Öte yandan yüz yüze geri bildirim eksikliği, teknolojik alt yapı ve yüksek maliyet gerektirmesi, teknolojik alt yapı uygun olsa dahi yüksek bilişsel yük içermesi, üretici firmaların terminolojik eksiklikleri ciddi dezavantajlarıdır. Sonuç olarak, klasik sınıf eğitime alternatif olmaktan ziyade verilen temel eğitime destek olabileceği kanaati oluşmuştur.

KAYNAKÇA

Gündoğdu, H. & Dikmen, Y. (2017). Hemşirelik eğitiminde simülasyon: sanal gerçeklik ve haptik sistemler. *Journal of Human Rhythm* , 3 (4) , 173-176 . Retrieved from

Cannon-Diebl MR. Simulation in Healthcare and Nursing State of the Science. *Critical Care Nursing Quarterly* 2009; 32(2): 128-136.

Unver, V., Basak, T., Watts, P., Gaiosio, V., Moss, J., Tastan, S., Iyigun, E., & Tosun, N. (2017). The Reliability and Validity of Three Questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. *Contemporary nurse*, 53(1), 60-74.

Juraschek, S.P., Zhang, X., Ranganathan, V., & Lin, VW. (2019). United States registered nurse workforce report card and shortage forecast. *Am J Med Qual*.34(5),473–81. doi: 10.1177/1062860619873217.

Shin, S., Park, J., & Kim, J. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. *Nurse Educ Today*. Jan;35(1),176–82. doi: 10.1016/j.nedt.2014.09.009.

Yuan, H.B, Williams, B.A., Fang JB, & Ye QH. (2012). A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. *Nurse Educ Today*., Apr;32(3),294–8. doi: 10.1016/j.nedt.2011.07.010

Uysal, N. (2016): Improvement of nursing students' learning outcomes through scenario-based skills training. *Rev Lat Am Enfermagem*. 08,24:e2790. doi: 10.1590/1518-8345.1310.2790.

Ricketts, B. (2011). The role of simulation for learning within pre-registration nursing education - a literature review. *Nurse Educ Today*.31(7),650–4. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.029.

Alexander, M., Durham, C.F., Hooper, J.I., Jeffries, P.R., Goldman, N., Kardong-Edgren, S., Kesten, K.S., Spector, N.,

Tagliareni, E., Radtke, B., & Tillman, C. (2015). NCSBN Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Programs. *Journal of Nursing Regulation*. Oct,6(3),39–42. doi: 10.1016/s2155-8256(15)30783-3.

Flott, EA, & Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 09,72(3),501–13. doi: 10.1111/jan.12861.

Chen, F.Q., Leng, Y.F., Ge, J.F., Wang, D.W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.L. (2020). Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. Sep 15,22(9):e18290.

Agency for Healthcare Research and Quality. In: *Healthcare Simulation Dictionary*. Lopreiato L, editor. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

Kyaw, B.M., Saxena, N., Posadzki, P., Vseteckova, J., Nikolaou, C.K., George, P.P., Divakar, U., Masiello, I., Kononowicz, A.A., Zary N., & Tudor Car, L. (2019). Virtual reality for health professions education: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration. *J Med Internet Res*. 22;21(1):e12959. doi: 10.2196/12959.

Shin, H., Rim, D., Kim, H., Park, S., & Shon, S. (2019). Educational characteristics of virtual simulation in nursing: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 37,18–28. doi: 10.1016/j.ecns.2019.08.002.

Smith, P.C., & Hamilton, B.K. (2015). The effects of virtual reality simulation as a teaching strategy for skills preparation in nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(1), 52–8. doi: 10.1016/j.ecns.2014.10.001.

Foronda, C.L., Alfes, C.M., Dev, P., Kleinheksel, A., Nelson, D.A., O'Donnell, J.M., & Samosky, JT. (2017). Virtually nursing: Emerging technologies in nursing education. *Nurse Educ.*, 42(1), 14–7. doi: 10.1097/NNE.0000000000000295.

Fealy, S., Jones, D., Hutton, A., Graham, K., McNeill, L., Sweet, L., & Hazelton, M. (2019). The integration of immersive

virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: A scoping review. *Nurse Educ Today*, 79:14–9. doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.002.

Wright, RR., Tinnon, E.A., Newton, R.H. (2018). Evaluation of vSim for nursing in an adult health nursing course: A multisite pilot study. *Comput Inform Nurs*.Feb;36(2), 84–9. doi: 10.1097/CIN.0000000000000388.

Weiner, E., Gordon, J., Rudy, S., McNew, R. (2019). Expanding virtual reality to teach ultrasound skills to nurse practitioner students. *Stud Health Technol Inform*. Aug 21; 264, 893–7. doi: 10.3233/SHTI190352.

Farra, S.L., Smith, S., Gillespie, G.L., Nicely, S., Ulrich, D.L., Hodgson, E., French, D. (2015). Decontamination training: with and without virtual reality simulation. *Adv Emerg Nurs J*, 37(2),125–33. doi: 10.1097/TME.0000000000000059.

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

Chang, Y. M., & Lai, C. L. (2021). Exploring the experiences of nursing students in using immersive virtual reality to learn nursing skills. *Nurse Education Today*, 97, 104670.

Yu, M., Yang, M., Ku, B., & Mann, J. S. (2021). Effects of virtual reality simulation program regarding high-risk neonatal infection control on nursing students. *Asian Nursing Research*, 15(3), 189-196.

Kim, Y. J., & Ahn, S. Y. (2021). Factors influencing nursing students' immersive virtual reality media technology-based learning. *Sensors*, 21(23), 8088.

Al-Mugheed, K., Bayraktar, N., Al-Bsheish, M., AlSyouf, A., Aldhmadi, B. K., Jarrar, M. T., & Alkhazali, M. (2022). Effectiveness of game-based virtual reality phone application and

online education on knowledge, attitude and compliance of standard precautions among nursing students. *Plos one*, 17(11), e0275130.

Shujuan, L., Mawpin, T., Meichan, C., Weijun, X., Jing, W., & Biru, L. (2022). The use of virtual reality to improve disaster preparedness among nursing students: a randomized study. *Journal of nursing education*, 61(2), 93-96.

Mather, C., & McCarthy, R. (2021). Exploring the effects of a high-fidelity environment on nursing students' confidence and performance of CPR. *Nurs. Stand*, 36, 76-82.

Lo, Y. T., Yang, C. C., Yeh, T. F., Tu, H. Y., & Chang, Y. C. (2022). Effectiveness of immersive virtual reality training in nasogastric tube feeding education: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 119, 105601.

Yildiz, H., & Demiray, A. (2022). Virtual reality in nursing education 3D intravenous catheterization E-learning: A randomized controlled trial. *Contemporary Nurse*, 58(2-3), 125-137.

Plotzky, C., Lindwedel, U., Sorber, M., Loessl, B., König, P., Kunze, C., Kugler, C., & Meng, M. (2021). Virtual reality simulations in nurse education: A systematic mapping review. *Nurse education today*, 101, 104868. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104868>

Harmon, J., Pitt, V., Summons, P., & Inder, K. J. (2021). Use of artificial intelligence and virtual reality within clinical simulation for nursing pain education: A scoping review. *Nurse education today*, 97, 104700. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104700>

Shorey, S., & Ng, E. D. (2021). The use of virtual reality simulation among nursing students and registered nurses: A systematic review. *Nurse education today*, 98, 104662. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104662>

Choi, J., Thompson, C. E., Choi, J., Waddill, C. B., & Choi, S. (2022). Effectiveness of Immersive Virtual Reality in Nursing

Education: Systematic Review. *Nurse educator*, 47(3), E57–E61.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001117>

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

Jallad, S. T., & Işık, B. (2022). The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Irish journal of medical science*, 191(3), 1407–1426.
<https://doi.org/10.1007/s11845-021-02695-z>

Moyer J. E. (2023). Virtual Reality Simulation Applications in Pre-Licensure Psychiatric Nursing Curricula: An Integrative Review. *Issues in mental health nursing*, 1–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2243330>

BÖLÜM XI

Hipertansiyon ve Tip 2 Diyabeti Olan Geriatrik Hastaya Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

**Keriman AYTEKİN KANADLI¹
Selva Ezgi AŞKAR**

Giriş

Kronik hastalıklar uzun süreli, yavaş ilerleme gösteren, bütüncül bakım gerektiren durumlardır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Tamamen iyileşmenin mümkün olmadığı bu hastalıklara sahip hastanın tedavi rejimine bağlı kalması ve belli bir yaşam tarzını benimsemesi hastalığın kontrol altına alınmasında önemli bileşenlerdir. Kronik hastalıklar bireyin tüm yaşamını olumsuz etkilemekte, bağımlılık düzeyinin artmasına neden olabilmekte hatta kimlik algısının değişmesine dahi neden olabilmektedir (Bayindir ve

¹ Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü, Hatay

Ünsal, 2015). Bu hastalıklarda bakım uygulamalarının da profesyonel, disiplinli ve koordineli bakım ekibi ile yapılması elzemdir. Bu ekip içerisinde hemşireler kronik hastalığa sahip bireylerin etkin hastalık yönetme becerisi kazanmasında kilit rol oynar (Bayındır ve Ünsal, 2015; Zuhur ve Özpancar, 2017). Son yıllarda görülme sıklığı giderek artan kronik hastalıklardan olan diyabet, relatif ya da mutlak insülin eksikliği veya periferik dokularda insülin etkisine karşı gelişmiş olan 'insülin direnci' nedeniyle ortaya çıkan, pek çok organı etkileyerek multisistemik tutuluma neden olan hiperglisemi ile karakterize kronik ve geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (TEMD, 2022). Diyabetin ülke, yaş grubu veya cinsiyete bağlı olmaksızın her bireyi etkileyebildiği, dünya genelinde ciddi ölüm ve sakatlığa neden olduğu bilinmektedir. Literatürde 2021 yılında dünyada diyabetle yaşayan 529 milyon kişi olduğu belirlenmiştir. Özellikle yaşlı yetişkinler başta olmak üzere 2021'de diyabet olgularının %96'sını tip 2 diyabet hastaları oluşturmuştur (Ong ve ark., 2023). Bununla birlikte diyabet hastalarında hipertansiyon görülme sıklığının iki katına çıktığı da bildirilmiştir (Cin ve Hintistan, 2022). Hipertansiyon, diyabet hastalarında dünya genelinde ciddi bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte kardiyovasküler hastalıklar ve ölüm için önde gelen değiştirilebilir bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Hoq ve ark., 2023). Ayrıca ateroskleroz nedeniyle Tip 2 diyabet ve hipertansiyon kardiyovasküler hastalıkların yayılmasında etkili olduğu gösterilen birbiri ile ilişkili hastalıklar olarak bildirilmiştir (Aynur ve Hintistan, 2022).

Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımda kuram ve modellerin kullanımı, bireye özgü bakımda hemşirelik bakımının sistematize edilmesini, bütüncül bakım verilmesini ve yaşam kalitesi artırılmasını sağlamaktadır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSO) Modeli Gordon tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Bireyin tüm yönleri ile değerlendirilmesini sağlayan bu modelde bireyin sağlıklı ve iyi olma hali ele alınır. Bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklayan FSO hemşirelik tanılarına yönelik destekleyici bir rol

oynamaktadır (Gordon, 1994). Bireyin ihtiyaçları tanımlandıktan sonra Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu anlamda model hemşirelerin hastaları bütüncül değerlendirmesine ve sistematik şekilde hemşirelik bakımı planlamasına katkı sağlamaktadır (Vicdan, Karabacak ve Alpar, 2015). Hemşirelerin veri toplama modellerini ve standart hemşirelik tanılarını aktif olarak kullanmaları da profesyonel ve bütüncül hemşirelik bakımının sunulabilmesini açısından önemlidir. Bu doğrultuda bu çalışmada olgunun gereksinimleri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örutüleri modeli ile değerlendirildi, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanılarına göre hemşirelik bakımı planlandı ve uygulandı.

Olgu Sunumu

Araştırmanın Etik Yönü

Bu olgu sunumunda çalışma hakkında hastaya gerekli bilgi verilerek, özel bilgilerin gizliliğinin korunacağı belirtilmiş, hastanın yazılı ve sözlü olarak onamı alınmıştır.

Veri Toplama

Hiperosmolar nonketotik hiperglisemik durumundan kaynaklı tedavi gören olgunun verileri 03.12.2023-11.12.2023 tarihleri arasında dahiliye servisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler

Hasta N.İ. ilkokul mezunu, 70 yaşında sosyal güvencesi olan, evli ve 6 ocuk babasıdır. Mesleği aşçı olan hasta sağlığı el vermediği için şu an hiçbir işte çalışmamaktadır. Kilosu 92kg, boyu 180 cm olan hastanın beden kütle indeksinin 28.4 kg/m^2 olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Hikayesi

Geçmiş sağlık öyküsü: Olgu 10 yıl önce hipertansiyon ve 15 yıl önce diyabetes mellitüs tanılarını almıştır. Yaklaşık 1 ay önce anjio olan ve 3 stend takılan N.İ 40 yıl süresince günde 1 paket sigara kullandığını, 1 ay önce sigarayı bıraktıkmak zorunda kaldığını ancak arada günde 1 adet içtiğini belirtmiştir. Anjiyo olmadan önce kendini sürekli yorgun, halsiz hissettiğini, sıklıkla kısa süreli göğüs ağrısı yaşadığını ve kan şekeri düzeylerinin sürekli yüksek seyrettiğini ifade etmiştir. Son 1 aydır glukometresi bozuk olduğu için kan şekeri kontrollerini aksatan hasta son 10 gündür çok sık su içtiğini ve idrar yaptığını belirtmiştir. N.İ diyabete uygun beslenmediğini, çabuk yorulduğu için egzersiz yapamadığını, ilaçlarını düzenli kullanmasına rağmen hekim kontrolüne düzenli gelemediğini ifade etmiştir. Hastanın besin ve ilaç alerjisi bulunmadığı belirlenmiştir.

Aile öyküsü: Ailesinde diyabetes mellitüs hastalığı bulunmaktadır.

Şimdiki sağlık öyküsü: N.İ. 03.12.2023 tarihinde bıçak saplanırcasına bir his yaratan ciddi göğüs ağrısı, mide bulantısı ile acil servise başvurduğunu bildirdi. Kan şekerinin 823 mg/dl, keton değerinin 0.2 mmol/L ve HbA1c'nin 14.1 mg/dl düzeyinde olduğu belirlenmiş hidrasyon ve insülin tedavisi aldı. Acilde yapılan tedavi sonrasında kan şekerinin 500 mg/dl, keton değerinin 0.6 mmol/L düzeyine geldiği belirlendi. Hiperosmolar nonketotik hiperglisemik durum tedavisi için dahiliye servisine yatışı yapıldı. Dahiliye servisine 03.12.2023 tarihinde yatan olguya 8 gün süresince tıbbi tedavi ve bakımı yapıldı. Olguya tedavi süresince Rejim 3 tuzdan fakir diyet uygulandı. Olgu klinik tablosunun düzelmesi, kendini daha iyi hissettiğini ifade etmesi ile 11.12.2023 tarihinde taburcu edildi.

Yaşamsal Bulguları

Vücut sıcaklığı: 36.1°C, kan basıncı: 120/70 mmHg, nabız: 72/dk, solunum: 21/dk, oksijen saturasyonu: %98 olarak değerlendirildi.

Fizik Muayene Bulguları

Olgunun bilinci açık, oryante, cilt rengi normal ve kuru, ayaklarında tırnak mantarı mevcut, ekstremitelerde ödem olmadığı, batında hafif gerginlik olduğu belirlendi. Diğer sistem muayene bulgularının normal olduğu görülmüştür.

Laboratuvar sonuçları

Olgunun laboratuvar bulguları Tablo 1’de görüldüğü gibidir.

Tablo 1. Laboratuvar Bulguları

Tetkik adı	Sonuç (03.12.2023)	Sonuç (06.12.2023)	Sonuç (11.12.2023)	Referans aralığı
Glukoz	823	302	209	70-110 mg/dl
BUN	25	34	32	7-18 mg/dl
Kreatin	1.58	1.71	1.53	0.6-1.3 mg/dl
Sodyum	120	131	132	153/145 Mmol/i
Potasyum	4.7	4.2	4.5	3.5-5.1 Mmol/i
Kalsiyum	4.7	9.27	10.34	8.4-10.2 mg/dl
Ürik Asit	6	7.7	10.2	2.6-7.2 mg/dl

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi

Olgu göğüs ağrısının hafif de olsa devam ettiğini, sık sık su içmek ve idrara gitmekten kendini halsiz ve yorgun hissettiğini belirterek yakınmalarını dile getirdi. Mevcut sağlık durumunu “kötü” olarak belirten hasta hipertansiyon ve Tip 2 diyabet hastalıklarının olduğunu, yaklaşık 1 ay önce anjiyo geçirdiğini ve 3 stend takıldığını belirtti. Daha önce şeker yüksekliğine bağlı olarak hastanede 2-3 kez yattığını belirtti. İlaçlarını düzenli kullandığını, diyabet tedavisine insülin ile başladığını son 3 yıldır insülin kullanmadığını tablet tedavisi aldığını belirtti. Hiç alkol

kullanmadığını, 40 yıl boyunca günde 1 paket sigara içtiğini ve 1 ay önce sigarayı bırakmak zorunda kaldığını, şu an arada sırada günde 1 adet sigara içtiğini, herhangi bir ilaca ve besine allerjisi olmadığını ifade etti. Hastalıklarını yönetmeye ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığını, ilaçlarını içmesinin yeterli olduğuna inandığını ifade etti.

Hemşirelik tanısı 1: Etkisiz Sağlık Yönetimi (NANDA Alanı:1 Sağlığın desteklenmesi, Sınıf 2: Sağlık yönetimi)

Veriler: Hastalıklarına ilişkin bilgi eksikliği.

Beklenen sonuç: Hastanın hastalığını etkin yönetmesinin sağlanması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın hastalık yönetimine yönelik gereksinimleri belirlendi.
- Hastalıkları (Tip 2 diyabet, hipertansiyon), hastalıklarının komplikasyonları, tedavisi, ilaçları, beslenme ve egzersiz konularında eğitim verildi.
- Hastalık yönetimine uyumun önemi konusunda hasta ve yakını bilgilendirildi.
- Hastaya sigaranın zararları ve sigara bırakmada destek olacak birimler konusunda bilgi verildi.

Değerlendirme: Hastanın yakını ile iş birliği yaparak hastalıklarını etkin yönetmek için çaba harcadığı, hiç sigara içmediği gözlenmiştir. Hasta hastalıklarına ilişkin sorular sorarak bilgi eksikliğini gidermeye gayretini göstermiştir.

2. Beslenme ve Metabolik Durum

Olgu günde 2 ana öğün şeklinde beslendiğini, iştahının çok iyi olduğunu, diyetinde tuz kısıtlaması yapmadığını, diyabetik diyetinin olmadığını belirtti. Son 1 ayda 3 kilo aldığını ve hastanede çıkan yemekleri tuzsuz olduğu için yemekte zorlandığını ifade etti. Kilosu 92 kg, boyu 180 cm olan N.İ.'nin beden kütle indeksi (BKİ)

28.4 kg/m² olarak kiloludur. Tırnakları uzun, sarı ve kalınlaşmış olan hastanın ayak tırnak mantarı mevcuttu. Cildi kuru ve ılık, genel görünümü bakımlıydı.

Hemşirelik tanısı 2: Beslenmede değişiklik (NANDA Alanı: 2. Beslenme, Sınıf 1: Besin alımı)

Veriler: Diyetle uymama, düzensiz beslenme alışkanlığı ve BKİ'ye göre kilolu olma.

Beklenen sonuç: Hastanın diyetine uyum göstermesi, ideal kiloya erişmeye çalışması.

Hemşirelik girişimleri:

- Diyetisyen ile görüşülerek uygun kalorige diyet planı oluşturuldu.
- Hastaya diyet ve diyetle uyum konusunda eğitim verildi.
- Düzenli şeker kontrolü yapılarak bunun önemi konusunda bilgi verildi.
- Düzenli kilo kontrolü yapıldı.

Değerlendirme: Hastanın kan şeker düzeylerinin normalleştiği, kilo artışı olmadığı ve diyetine uyduğu belirlendi.

Hemşirelik tanısı 3: Hiperglisemi riski (NANDA Alanı: 2. Beslenme, Sınıf 1: Besin alımı)

Veriler: Hastanın açlık kan şekerinin 220 mg/dl üzerinde, tokluk kan şekerinin 480 mg/dl ve üzerinde, HbA1c'nin 14.1 mg\dl, olması ve hastanın yorgunluk, halsizlik, poliüri, polidipsi bulgularının olması.

Beklenen sonuç: Hastanın kan şekeri düzeyinin normalleşmesi ve hastanın yorgunluk, halsizlik, poliüri, polidipsi şikayetlerinin geçtiğini belirtmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta için gerekli sıklıkta açık-tokluk dahil olmak üzere şeker takibi yapıldı.
- Hiperglisemi belirtileri izlendi.
- Dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden izlendi.
- Hastanın ihtiyacına göre hiperglisemi belirti ve bulguları ve hiperglisemi durumunda yapılması gerekenlere ilişkin eğitim verildi.
- Hastaya ve yakınına insulin enjeksiyonunu uygulamada dikkat edilmesi gerekenlere ilişkin bilgi verildi.
- Hastaya günde üç ana ve üç ara öğün tüketmesinin önemi anlatıldı.
- Hastanın, tedavisine ve bakımına aktif katılımı sağlandı.

Değerlendirme: Açlık-tokluk kan şekeri normale döndü, hastanın hiperglisemi belirtilerinin geçtiği gözlemlendi.

Hemşirelik tanısı 4: Elektrolit Dengesizliği (NANDA Alanı: 2. Beslenme, Sınıf 5: Hidrasyon)

Veriler: Hastada hiperglisemi, hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma varlığı ve Na⁺ düzeyinin düşük olması (Hiponatremi),

Beklenen sonuç: Elektrolit dengesini sürdürmek.

Hemşirelik girişimleri:

- Serum elektrolit düzeyleri takip edildi.
- Hipopotasemi belirti ve bulguları (EKG’de değişiklik, potasyumda düşüş, hipotansiyon) yönünden değerlendirildi.

- Hiponatremi belirti ve bulguları (baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, bulantı-kusma, sodyumda düşüş) yönünden değerlendirildi.
- Aldığı çıkardığı sıvı ve günlük kilo takibi yapıldı.

Değerlendirme: Elektrolit değerlerinin normal değerlere yaklaştığı görüldü.

3. Boşaltım

N.İ az miktarda ve çok sık (günde en az 10 defa) idrar yaptığını bildirdi. Olgu gaita yapımında zorluk yaşadığını, son iki gündür kabızlık ve karın ağrısı yaşadığını ifade etti. N.İ.'nin bağırsak seslerinin 3/dk olduğu, karında hafif gerginlik olduğu belirlendi.

Hemşirelik tanısı 5: Konstipasyon (NANDA Alanı: Alan 3: Boşaltım ve Gaz Değişimi, Sınıf 2: Gastrointestinal fonksiyon)

Veriler: Hastanın son iki gündür kabızlık yaşadığını ifade etmesi.

Beklenen sonuç: Kabızlığın giderilmesi

Hemşirelik girişimleri:

- Konstipasyona neden olan risk faktörleri değerlendirildi.
- Diyetisyenle iş birliği içinde diyeti düzenlendi.
- Bağırsak sesleri düzenli olarak dinlendi.
- Lifli ve sıvı gıdalar alması konusunda bilgi verildi.
- Abdominal bölgeye masaj yapıldı.
- Hastanın düzenli egzersiz yapması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın defekasyon sürecinin normale döndüğü gözlemlendi ve hasta kabızlığının geçtiğini ifade etti.

4. Uyku/istirahat şekli

Olgu normalde 8 saat uyuduğunu, hastane gürültüsü ve ışığın rahatsız etmesinden kaynaklı gece 2 saatten fazla uyuyamadığını, sık sık uyandığını bildirdi. Gündüz vakitlerinde sürekli uyukladığını ve kendini yorgun hissettiğini de ekledi.

Hemşirelik tanısı 6: Uyku düzeninde bozulma (NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahat, Sınıf 1: Uyku/İstirahat)

Veriler: Hastanın uykusuz kaldığını ifade etmesi ve gündüz uyuklaması.

Beklenen sonuç: Hastanın yeterli uyuması ve dinlenmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Uykusuzluk belirtileri değerlendirildi.
- Uyumayı engelleyen çevresel faktörler ortadan kaldırıldı (gürültü, ışık vb.)
- Uyku öncesi uyumayı kolaylaştıran uygulamalar önerildi (hafif müzik dinleme, TV izleme vb.)
- Hastanın gündüz uyku süresi kısıtlandı.
- Uyku öncesi kafein, çay ve fazla su tüketiminden kaçınmasına ilişkin bilgi verildi.

Değerlendirme: Hasta kaliteli uyku uyuduğunu ifade etti.

5. Aktivite/Egzersiz

Olgu oksijen kullanmamakta, solunumu normal olup solunum: 20-22/dk aralığında, oksijen saturasyonu: %98 olarak değerlendirildi. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken çok az zorlanmakla birlikte tek başına yerine getirdiğini ifade etti.

6. Kendini Algılama-Benlik Kavramı

Olgunun iletişimde ve kendini ifade etmede yeterli olduğu gözlemlendi. Buna ek olarak ise N.İ. son 1 aydır her şeyin onda

gerginlik yarattığını, halsizlik, yorgunluk ve ağrı hissettikçe ölüm endişesi yaşadığını belirtti.

Hemşirelik tanısı 7: Anksiyete (NANDA Alanı: 9 Baş etme/Stres Toleransı, Sınıf 2: Baş etme)

Veriler: Hastanın kaygılı olduğuna ilişkin sözel ifadeleri.

Beklenen sonuç: Hastanın anksiyete düzeyinin normal olması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta emosyonel, fiziksel ve bilişsel değişiklikler yönünden izlendi.
- Hastanın duygularını, düşüncelerini/korkularını ifade etmesine yardımcı olundu.
- Hasta ile yakın iletişim kurularak, kendi bakımına katılması konusunda bilgilendirme yapıldı.
- Hastaya yapılan tüm girişimler açıklandı.
- Sakin ve güvenli bir çevre sağlandı.
- Gevşeme yöntemlerini uygulaması için teşvik edildi (derin solunum, müzik dinleme, ılık banyo vb.).
- Kısa ve basit cümlelerle sakin ve yavaş konuşularak hastanın soruları yanıtlandı.
- Sorunlarıyla baş etme deneyimleri konuşularak, cesaretlendirildi.
- Hasta sevdikleri/yakın akrabaları ile iletişime girmesi sağlandı.

Değerlendirme: Hasta sözel olarak rahat olduğunu ifade etti, hastanın yüz ifadesi ve beden dili rahat olduğunu gösterdi.

7. Bilişsel Algılama Biçimi

N.İ. bilinci açık olmakla birlikte bulunduğu yere, zamana vb. karşı uyumu normal olup işitmede zorluk yaşamamakta, yakını görüşte hafif bulanıklık yaşadığını ifade etmiştir. Hastanın dokunma ve hissetme kaybı yoktur.

8. Rol-İlişki Biçimi

Evli ve 6 çocuk babası olan N.İ. eşi ile birlikte yaşadığını belirtti. Hasta ailesi ile olan ilişkilerinin iyi olduğunu, çocuklarının kendisine karşı ilgili olduğunu belirtti. Hastalandığında çocuklarının ve eşinin onunla ilgilendiklerini de ekledi.

9. Cinsellik ve Üreme Biçimi

Olgu eşiyle son 2 yıldır ayrı odalarda kaldıklarını, cinsel hayatlarının aktif olmadığını ifade etti. N.İ.'nin eşine karşı ilgili olduğu eşinin de hastanede yattığı süre gündüzleri onunla ilgilendiği gözlemlendi.

10. Stres ile Baş Etme/tolere Etme Durumu

Olgu normal süreçte sakin olduğunu, son 1 aydır eşine ve çocuklarına çok çabuk öfkелendiğini kendini kontrol etmekte zorlandığını her şeyin canını sıktığını ifade etti. Öfkелendiğinde kendini evden dışarı attığını bahçe uğraşı ya da torunları ile vakit geçirerek kendini rahatlatıldığını belirtti.

11. İnanç ve Değerler Şekli

Allah inancı olduğunu, sağlık durumunun ibadetini etkilemediğini belirtti.

(Basit ve Korkmaz, 2019; Görgülü, 2014; Durna, Akın ve Özdilli, 2009; Erdemir, 2005)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik uygulamalarının standardize edilmesi, hastalığın yönetimi ve etkili bir hemşirelik bakımının sağlanmasında kuram ve

modellerin kullanımının etkisi büyüktür. Bu olgu sunumunda birbiri ile ilişkili kronik hastalıkları olan geriatrik bireyde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmış ve hemşirelik tanıları konularak hemşirelik bakımı sağlanmıştır. Olgudan elde edilen veriler kullanılan modelin bu tür hastalarda uygulanmasının etkin ve kolay olduğunu gösterdi. Kronik hastalığı olan bireylerin, bireysel olarak ele alınarak, gereksinimlerine ve sorunlarına ilişkin hemşirelik bakımında planlanmasında kuramlardan ve modellerden faydalanılması önerilmektedir.

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılan birey N.İ'dan onamları yazılı ve sözlü olarak alındı.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını belirtti.

Finansal Destek: Yazarlar çalışmaya ilişkin herhangi bir finansal destek almadı.

KAYNAKLAR

Basit, G. & Korkmaz, F. (2019). Nanda Hemşirelik Tanıları. https://www.researchgate.net/publication/354023106_Nanda_Hemsirelik_Tanilari.

Görgülü R.S. (2014) Hemşireler için Fiziksel Muayene Yöntemleri, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul Medikal Yayıncılık.

Durna S., Akın S. & Özdiilli K. (2009). Diyabet Hasta Eğitimi Kontrol Listesi, Diyabetes Mellitüslü Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Eds: Durna Z. Cinius Yayınları, İstanbul, s:140-153.

Erdemir, F. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Yayınevi. Ankara.

Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 19(2), 57-74. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir01942a&AN=hmn.dergiparkaka..dfa06b4bb479e9c2e00e7da58d81f141&lang=tr&site=eds-live>.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52751/696111>.

TEMD. (2022). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf.

Cin A, & Hintistan, S. (2022). Konjestif Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon, Tip 2 Diyabet, Kardiyomegali ve Akromegalisi Olan Hastanın Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve Nanda Hemşirelik Tanılarına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Turkish Journal of Diabetes Nursing, 2(1), 45-50.

Ong, KL, Stafford, LK, McLaughlin, SA, Boyko, EJ, Vollset, SE, Smith, AE, ... & Brauer, M. (2023). 2050 yılına kadar

yaygınlık tahminleriyle birlikte 1990'dan 2021'e kadar küresel, bölgesel ve ulusal diyabet yükü: Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2021 için sistematik bir analiz. *Lancet* .
<https://diabetesjournals.org/care/article/46/12/e221/153905>.

Hoq, M. I., Hossain, M., Jahan, S., Mahmud, H., Akter, F., Mahmud, F., ... & Jakaria, M. D. (2023). Trends in the Prevalence of Hypertension and Type 2 Diabetes in Bangladesh (2010-2020): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Diabetes Reviews*, 19(6), 1-17.
<https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cdr/2023/00000019/00000006/art00001>.

Bayindir, S. K., & Ünsal, A. (2015). Kronik Hastalıkları Olan Bireylerde En Sık Ele Alınan Hemşirelik Tanıları Ve Girişimleri. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 31-39.

Vicdan, A. K., Karabacak, B. G., & Alpar, Ş. E. (2015). Classification of 2012-2014 NANDA-I nursing diagnostics using the Nursing Model Based on Activities of Living 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 1626-1636.

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3rd ed). St Luis: Mosby, USA.

BÖLÜM XII

Güvenli Annelik

Keziban AMANAK¹

Giriş

Anne ölüm oranı; her yıl gebelik veya gebeliğin yönetimi ile ilişkili herhangi bir nedenden dolayı; gebelik döneminde, doğum ve doğum sonrası 42 gün içinde 100.000 canlı doğumda meydana gelen kadın ölümlerinin sayısıdır (Shahaz ve ark. 2023; WHO 2015; WHO 2019). Anne ölümü, üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Yüksek doğurganlık oranları, yeterli tıbbi bakım eksikliği, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı ve kötü sağlık sistemleri nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranı yüksektir (Shahaz ve ark. 2023; WHO 2019). Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ait ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenabilir. Gelişmekte olan ülkelerde başta gelen anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada kanama olmak üzere,

¹ Doç. Dr, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

eklampsi, gebelikteki hipertansif komplikasyonlar, amniyotik membran rüptürü, genital sistem enfeksiyonlarına bağlı sepsis sayılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2005). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı 2018 yılı verilerine göre ülkemizde anne ölüm oranı; yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak bildirilmiştir (Bora Başara ve ark. 2018). Türkiye’deki anne ölümlerinin %78,8’inin doğrudan 21,2’sinin dolaylı nedenlere bağlı olarak geliştiği belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006). Doğrudan nedenler kanama %19,2, toksemi %13,6, enfeksiyon %6,6 ve emboli %12,2 olarak bildirilmiştir (Şencan ve ark. 2014).

Güvenli annelik; kadınlarla birlikte, ailelerin gebelik zamanlarını planlayabilmeleri, gebelik sayısı ve gebelik aralığını uygun şekilde ayarlayabilmeleri için gerekli sağlık hizmetinin verilmesi ve gebelerin, temel hizmetlere ulaşmalarının sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Özvarış ve ark. 2016). Güvenli annelik programı, o toplumda verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalıdır. Bir topluma sunulacak güvenli annelik girişimi planlanırken sektörler arası işbirliğine de gidilmeli ve böylece kadınların yasal ve sosyo-ekonomik durumları da geliştirilmeye çalışılmalıdır. Kadının eğitim düzeyi, ekonomik potansiyeli, aile ve toplum içindeki durumu, doğurganlık düzeyini, gebelik sonucunu, kadının ve çocuklarının sağlığını ve ekonomik gelişmeye katkı kapasitesini etkileyecektir (Biliker 2001). Güvenli anneliğin olmazsa olmazı olan eğitim, iletişim ve danışmanlık hizmetleriyle gebe ve ailesinin bilinçlendirilmesi, böylece düzenli antenatal kontrollere gitmesi ve öz bakımının geliştirilmesi sağlanmalıdır (Coşkun 2005). Antenatal bakımda doğum için güvenli bir yer seçimi, gebelik ve doğum komplikasyonları (kanama, abdominal ağrı, baş ağrısı gibi), komplikasyon varlığında nereye ve ne zaman başvuracağı, emzirme, maternal beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, immunizasyon ve aile planlaması hakkında eğitilmesi gerekmektedir (Biliker 2001; Shahaz ve ark. 2023).

Güvenli annelik amacıyla ele alınması gereken konular; aile planlaması, anne ve yenidoğana yönelik doğum öncesi, doğum sırası

ve doğum sonu bakım, olumsuz durumlar için temel gebelik bakımı ve özel yenidoğan bakımındır (Özvarış ve ark. 2016, Shahaz ve ark. 2023). Bu noktada dönemlere göre güvenli annelik girişimleri aşağıda sunulmuştur.

Prekosepsiyonel Dönem ve Gebelik

Aile planlaması: Çiftlerin istedikleri zamanda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları önemlidir ve sağlık profesyonelleri bu konuda çiftlere danışmanlık yapmalıdır. Gebelik planlanıncaya kadar etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanımı konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016).

Riskli gebelik: Gebelikler arasında 2 yıldan kısa zaman olması, 4'ten fazla sayıda gebelik, 18 yaştan küçük veya 35 yaştan büyük gebe kalma durumu riskli gebelik yaşanmasına neden olmaktadır. Çiftlerin konu hakkında bilgilendirilmesi önemlidir (Özvarış ve ark. 2016).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: Cinsel yolla bulaşan hastalık şüphesi ya da hastalığın var olması durumunda gebelik doktor kontrolünde planlanmalıdır (Özvarış ve ark. 2016).

Tetanoz aşısı: Daha önce hiç tetanoz aşısı yaptırmamış gebelerin en az 2 doz tetanoz aşısı yaptırması gerekmektedir (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016).

Gebelik takibi: Gebelikte en az 4 defa kontrol yapılması gerekmektedir. Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde ilk kontrol, 18.-24'de ikinci kontrol, 28.-32'de üçüncü kontrol, 36.-38'de dördüncü kontrol yapılmalıdır (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016, Shahaz ve ark. 2023).

Gebedeki hastalıkların tespit ve tedavisi: Gebenin var olan hastalıkları gerekli kontroller yapılarak tedavi edilmelidir (Özvarış ve ark. 2016, Shahaz ve ark. 2023).

Beslenme ve diyet: Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme çok önemlidir. Gebelere sağlık profesyonelleri tarafından besleme eğitimi verilmelidir (Özvarış ve ark. 2016, Shahaz ve ark. 2023).

Demir ve folat desteği: Gebelikte demir ihtiyacında artış görölmektedir. Ayrıca folat eksikliği bebekte doğumsal anomalilere neden olabilmektedir. Bu yüzden demir ve folat desteği atlanmaması gereken bir konudur (Özvarış ve ark. 2016).

Gebeliğe bağlı gelişen istenmeyen durumların tespit ve tedavisi: Vajinal kanama, epilepsi nöbetine benzeyen kasılmalar, baş ağrısına eşlik eden görmede bozulma, ateş, günlük yaşam aktiviteleri yapmada zorlanma, amiyotik mainin gelmesi, karın ağrısı, solunum güçlüğu, sık solunum, ödem gibi belirtilerden bir veya daha fazlasının görölməsi durumunda muhakkak doktora başvurulmalıdır (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016).

Doğum

Güvenli doğum için, doğumun yeterli ekipman ve personele sahip bir sağlık merkezinde yapılması gerekmektedir. Doğum sırasında kanama, hipertansiyon, eklampsi, uzamış eylem gibi istenmeyen durumların erken fark edilerek müdahale edilmesi önemlidir (Özvarış ve ark. 2016).

Doğum sonrası

Anne: Doğum sonrası istenmeyen durumların erken fark edilerek müdahale edilmesi önemlidir. Doğum sonrası dönemde emzirme teşvik edilmeli, meme komplikasyonlarına uygun şekilde müdahale edilmelidir. Doğum gerçekleştikten sonra anne olabildiğinde erken sürede bebeğini emzirmeye başlamalıdır, İlk 6 ay sadece anne sütü verilmelidir. Aile planlaması eğitimi ve hizmeti verilmelidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve uygun yaklaşımların sunulması gerekmektedir. Tetanoza karşı aşılama yapılmalıdır (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016, Shahaz ve ark. 2023).).

Bebek: Uygun durumlarda yenidoğana canlandırma yapılması, bebeğın vücut ısısının düşmesinin önlenmesi, sadece anne sütünün verilmesi, enfeksiyonun önlenmesi ve gerekli yaklaşımın uygulanması önemlidir (Biliker 2001; Özvarış ve ark. 2016).

KAYNAKÇA

Biliker, M. A. (2001). Güvenli annelik. Aktüel Tıp Dergisi, 8(1), 37-41.

Bora Başara, B., Soytutan Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Uzun, S. B. & ve ark. (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. Bora Başara B. (Ed.), Soytutan Çağlar İ (Ed.), Aygün A. (Ed.), Özdemir TA. (Ed.). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Coşkun, A. (2005). Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğum-Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi “Güvenli Annelik Projesi”, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 59-60.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Özvarış, Ş. B., Keskin, C., Şanver, T. M. (2016). Güvenli Annelik, HUTF Halk Sağlığı AD. Toplum Eğitim Sunumları [Internet]
http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php
Erişim:06.12.2016.

Shahaz, S. A., Tazeen, S. A., Farzana, A., & et al. (2023). Safe motherhood: a hidden reality in Pakistan. Midwifery, 119 (2023).10364,1-7.

Şencan, İ., Üstün, Y. E., Sanisoğlu, S., & ve ark. (2016). 2014 yılı türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13(2), 45-47.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı- Güvenli

Annelik Katılımcı Kitabı, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri. Ankara, 2-17.

World Health Organization. (2015). World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva.

World Health Organization. (2019). World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva

BÖLÜM XIII

Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Süreçlerinde Bağımlılıklarının İncelenmesi

Bahar KULEYİN¹

GİRİŞ

Yaşamın birçok noktasında bireyler planlanmış ya da planlanacak durumlara ilişkin çok sayıda seçenek arasından seçim yapma zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle karar verme hayatın olağan akışında normal bir süreç olması ile çevreye adaptasyon için gerekli olmaktadır (Marques, 2019). **Karar**, Türk Dil Kurumu’nun güncel Türkçe sözlüğünde “bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2023). **Karar verme**, özellikle bir grup insan arasında ve kuruluştaki önemli olan bir şeyi karara bağlama süreci olarak tanımlanmaktadır (Oxford Dictionary, 2023). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere karar kavramı bir sonucu, karar verme ise sonuca götüren süreci ifade etmektedir (Güngör ve Özcan, 2022). **Karar verme davranışı**, günlük hayatımızdaki en temel süreçlerden birisi

¹ Araştırma Görevlisi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Hemşirelikte Yönetim, Orcid: 0000-0001-5684-5916, bkuleyin@bandirma.edu.tr

olması ve bazen istemsizce bazen verilecek kararın niteliğine göre (karmaşık, riskli veya önemli bir karar olması gibi) analizler sonucu veriliyor olması gibi **özellikler barındırır** (Samancı ve Mazlumoğlu, 2023). **Karar verme eyleminin bileşenlerini**; karar verici, hedef ve ölçütler, seçenekler, karar matrisi, dış etmenler, olasılıklar, sonuçlar ve karar oluşturmaktadır. Karar verici, seçenekler arasından seçim yapan ve sonuçlarının sorumluluğunu üstlenen bireylerdir. Hedef, karar belirli bir hedefe yönelik verilmektedir. Ölçüt ise hedefler belirlendikten sonra doğru hedefe ulaşmak için belirlenen kriterlerdir. Seçenekler, karar verme için en az iki adet alternatifin olması gerekir. Karar matrisi, karar verme sorunundaki kriterlerin ve seçeneklerin beraber gösterildiği matristir. Dış etmenler, kararın sonucunu değiştiren ve karar verici tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Olasılıklar, dış etmenlerin neden olduğu, geçmişten yararlanılarak öngörülebilir olduğu belirsizlik durumudur. Sonuç, seçeneklerden birine karar verilmesi sonucu ortaya çıkan durumlardır. Karar ise sonuçlar doğrultusunda oluşan seçeneklerden birine karar verme sürecinin oluşturduğu çıktıdır (Samancı ve Mazlumoğlu, 2023; Senthamizh Pavaı ve ark., 2021). Karar verme, iş veya günlük hayatımızda otomatik olarak kullandığımız bir davranış olsa da hayati önem taşıyan durumlarda daha önemlidir. Bir sağlık personelinin hastaya yapılacak bir girişim ile ilgili karar vermesi buna örnek verilebilir. Özellikle hemşirelerin, gün içinde birçok kez hasta ile ilgili kararlar aldığı bilinmektedir. Hemşireler kaliteli ve güvenilir bakım verebilmek için doğru kararlar vermelidir (Molina-Mula ve Gallo-Estrada, 2020).

Karar Verme Türleri

Karar verme türlerini; kararın verildiği ortam, yönetim düzeyi, yapısı, ilişkili olma durumu ve dikkat edilecek ölçüt bakımından sınıflandırabiliriz (Güngör ve Özcan, 2022).

Ortama göre kararlar; belirlilik, belirsizlik ve risk ortamında verilme durumuna göre değişmektedir. Belirlilik ortamında verilen karar sonuç ölçütlerinin önceden biliniyor olmasına, belirsizlik

ortamında verilen karar sonuç ölçütlerinin önceden bilinmiyor olmasına ve risk ortamında verilen karar ise karar verme ile ilgili oluşan sonuç kriterlerinin olasılıklarının bilinmesidir (Güngör ve Özcan, 2022).

Yönetim düzeyine göre kararlar; stratejik, taktik ve işlevsel (operasyonel) kararlar olarak üç şekilde incelenebilir. Stratejik karar, tepe yönetim tarafından geleceğe dönük verilen kararlardır. Taktik kararlar, yöneticileri en çok meşgul eden kararlar olup örgütün orta vadeli faaliyetlerinin planlanmasını içerir. İşlevsel (operasyonel) kararlar ise alt kademe yöneticiler tarafından yürütülen günlük ve kısa vadeli kararları içerir (Kantek ve Yıldırım, 2022).

Yapılarına göre kararlar; karar vericinin izleyeceği süreç, prosedür ve seçim kriterleri açısından yapılandırılmış (programlanabilen), yapılandırılmamış (programlanamayan) ve yarı yapılandırılmış olarak üç şekilde incelenebilir. Yapılandırılmış (programlanabilen) kararlar, rutin, planlanmış ve süreç içince prosedürleri belirlenebilen kararlardır. Yapılandırılmamış (programlanamayan) kararlar, karar vericiye bağlı olan ve belirsizlik kriterleri içeren kararlardır. Yarı yapılandırılmış kararlar ise taktiksel karar grubunda yer alır ve kararla ilgili önceden belirlenmiş standart çözüm yolları uygulanabilirken yeterli olmaması durumudur (Güngör ve Özcan, 2022; Kantek ve Yıldırım, 2022).

İlişkili olma durumuna göre kararlar; tek ve çok aşamalı olmak üzere ikiye ayrılır. Tek aşamalı karar, farklı bir kararla bağlantısı olmayıp tek bir kararın verilmesini gerektirir. Çok aşamalı karar ise verilecek kararların birbiriyle ilişkili olması ve seçilen kararın sonucunun önceden verilmiş olan kararı ve bir sonraki kararı etkileme durumudur (Güngör ve Özcan, 2022).

Dikkat edilecek ölçüt bakımından kararlar; tek ve çok ölçütlü kararlar olmak üzere ikiye ayrılır. Tek ölçütlü kararlar, ulaşılmak istenen tek bir hedef ve değerlendirme ölçütü vardır. Çok ölçütlü kararlar ise ulaşılmak istenen birden fazla hedef ve değerlendirme ölçütü vardır (Güngör ve Özcan, 2022).

Karar Verme Süreci

Karar verme süreci; problemin tanımlanması, durumun analizi, seçeneklerin belirlenmesi, sonuçların değerlendirilmesi, en iyi çözüm yolunun seçilmesi, kararın uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (Samancı ve Mazlumoğlu, 2023)(Şekil 1).

Problemin tanımlanması, karar verme zorunluluğu oluşturan en az iki seçeneğin olması durumudur. Durumun analizi, seçeneklerle ilgili veriler toplanır. Toplanan verilere göre karar seçenekleri belirlenir. Sonuçların değerlendirilmesinde hedeflenen amaca ulaşp ulaşılmadığına bakılır. Eğer hedeflenen amaca ulaşılmamışsa başka bir çözüm yolu seçilmelidir, burada en iyi çözüm yolunun seçilmesi gerekir. Kararı uygularken dış etkenler kontrol altına alınmalı, direnç oluşmaması için kararı uygulayacak bireylerle iletişime geçilmelidir ve sonuçlar değerlendirilmelidir. Sonuçların değerlendirilmesinde değerlendirme ölçütlerine (kontrol listeleri, derecelendirme ve sıralama teknikleri gibi) ihtiyaç duyulur (Samancı ve Mazlumoğlu, 2023; Sönmez, 2014).

Yöneticilerin Karar Verme Şekilleri

Yöneticiler liderlik becerilerine paralel olarak karar vermektedirler. Kararın türü ve verildiği ortam yöneticilerin karar verme şekillerini etkilemektedir. Yöneticiler, kararın önemi, kararın alt kademeler tarafından kabul edilip edilmediği ve çatışma yaratıp yaratmayacağına göre karar verme durumlarını şekillendirir. Bunların sonucunda yönetici beş davranış gösterir.

Otokratik (1) davranışı; problemle ilgili verileri değerlendirip problemi çözer ve kararı yönetici verir.

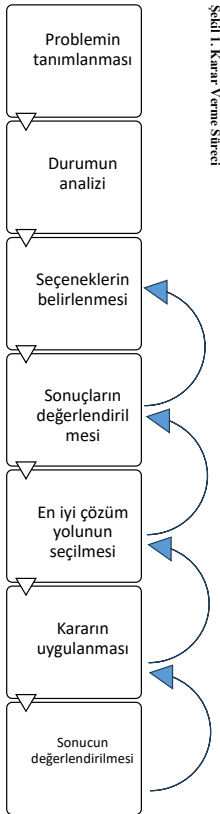
Otokratik (2) davranışı; alt kademelerden bilgileri alır, ancak kararı yönetici verir.

Danışan (1) davranışı; alt kademelerle problemi paylaşp onların önerilerini tek tek alır, ancak kararı yönetici verir.

Danışan (2) davranışı; alt kademelerle problemi paylaşıp onların önerilerini grup halinde alır, ancak kararı yönetici verir.

Grup yaklaşımında ise grup halinde problemin tartışılıp, çözüm önerileri geliştirilmesi için ortak karar verilmektedir.

Örneğin pandemi, afet gibi acil hızlı karar verilmesi gereken kriz ortamlarında yönetici otokratik yöntemi seçebilmektedir. Yöneticinin tecrübesinin az olduğu, alt kademe yöneticilerinin çatışma yaratma olasılığının yüksek olduğu durumlarda ise danışan ve grup yaklaşımını seçebilir (Kantek ve Yıldırım, 2022).



Şekil 1. Karar Verme Süreci

Yönetici Hemşirelerde Karar Verme

Yakın tarihte yaşanan pandemi, afet gibi insanların hayatının olağanın akışını bozan ve sağlık kuruluşlarında karmaşaya neden olan durumlar yönetici hemşirelere düşen sorumlulukları artırmıştır. Ayrıca küreselleşme, teknoloji ve yapay zekanın gelişmesi hemşirelik uygulamalarında farklı sorunlarla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Afet ve yeni gelişmeler, yönetici hemşirelerin klinik karar verme becerilerini de etkilemektedir. Kaliteli, güvenilir ve kanıta dayalı hasta bakımının sürdürülmesi yönetici hemşirelerin karar verme becerilerinin iyi oluşluğuna dayanmaktadır (Attyat ve ark., 2022; Yorgancılar ve Özlük, 2022). Yönetici hemşireler için karar verme hemşirelik sürecini de içinde barındıran, kurum, personel ve hasta yararını gözeten seçeneklerden uygun olana karar verilmesini gerektirir. Buna yönelik yönetici hemşireler karar verirken eleştirel bakış açısıyla durumu değerlendirir ve liderlik becerilerini kullanır. Yönetici hemşirenin sahip olduğu liderlik becerisi karar verme sonucunu değiştirir. Ancak yönetici hemşire, karar verilecek duruma ilişkin bilgiye sahip, kurumun hedefleri, hemşire ve hasta beklentileri doğrultusunda, ortam ve risk faktörlerini değerlendirerek uygun liderlik becerisi doğrultusunda karar vermelidir. Yönetici hemşirelerin etkili karar vermesi için profesyonel, mesleki açıdan deneyimli ve uygun kişilik özelliklerine sahip olması gerekir. Hemşire yöneticilerinin karar verme becerileri; entegre, kaliteli ve maliyet etkin hemşirelik hizmeti sunulmasında önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda diğer meslekler ile iş birliği içerisinde çalışıldığı için yönetici hemşirelerin karar vermesi ve karar verme makamlarında görünür olması profesyonel açıdan mesleki görünürlüğün sağlanması ve hemşirelerin mesleki bağımsızlığına katkı sağlar (Avcı ve Başer, 2019; Chen ve ark., 2021; Tazebew ve ark., 2023). Yapılan bir çalışmada yönetici hemşirelerin karar verme süreçlerine katılım sağlamadığında, ağır iş yükü, yüksek işten ayrılma niyeti, tükenmişlik ve düşük kalitede sağlık bakımı ile karşılaşmıştır (Chitsulo ve ark., 2014). Gelişmekte olan ülkelerde yönetici hemşirelerin karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanmadığı

görülmektedir (Almutairi ve ark., 2017). Ayrıca yönetici hemşireler karar verme sürecinde birden çok faktör etkili olabilmektedir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin karar vermede etkileyen faktörlerinin çerçevesini oluşturabilmek amacıyla yönetici hemşireler için karar vermede bağımlılık modeli geliştirilmiştir (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020).

Yönetici Hemşireler için Karar Vermede Bağımlılık Modeli

Sağlık sisteminde yönetici hemşireler, hemşirelik bakımına ilişkin kritik kararlar verirler. Hastane gibi karmaşık bir ortamda yönetici hemşirelerin karar vermesi hasta, personel ve kurum üzerinde etkileri olmak üzere bir dizi sorumluluğu beraberinde getirir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin karar vermelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve karar vermeye yardımcı yaklaşımların geliştirilmesi gerekliliği doğmuştur. Chisengantambu-Winters ve ark. (2020) tarafından geliştirilmiş bu model, yönetici hemşirelerin karar türlerini ve karar verme sürecini açıklamaktadır. Problem çözme ve karar vermek için kullanılan 5N1K yöntemine benzer olarak bu modelde 4N1K (Kim, Ne, Nerede, Neden ve Nasıl soruları) kullanılmıştır. Bu soruların sonucunda yönetici hemşirelerin karar vermede üç alanını (yönetici, yönetsel, klinik,) ve karar verme sürecini destekleyen sekiz temel değişkeni açıklamaktadır. Bu değişkenler; (1) Ele alınması gereken roller ve durum, (2) Kararın verilmesi gereken süre, (3) Meslektaşların geribildirimleri, (4) Görev ve ortamın karmaşıklığı, (5) Karar vermede geçen süre, (6) Kaynakların ulaşılabilirliği, (7) Karar verme ortamı ve (8) Kişisel özellikler olarak belirlenmiştir. Bu değişkenler birbiriyle bağlantılıdır ve karar üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkileri vardır (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020)(Şekil 2).

Karar Vermede Yönetici Alanı

Bu alan üst yönetici hemşirelerin karar verme becerilerini betimlemektedir. Yönetici hemşireler, sorumlulukları gereği stratejik kararlar alma eğilimindedir. Geniş kapsamlı, uzun vadeli, tüm kuruluşun süreçlerini etkileyen kasıtlı ve planlı kararlar aldığı

görülmektedir. Bu alana göre yönetici hemşireler karar verirken; genel (tüm sağlık kuruluşunu etkileyen), stratejik (sağlık kuruluşunun gelecekteki faaliyetlerine yol gösteren), direktif-zorlayıcı ve kontrol (sağlık kuruluşunda düzen sağlamak amacıyla) kararları verirler (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020; Manlangit ve ark., 2022).

Karar Vermede Yönetimsel Alan

Bu alan orta ve alt kademe yönetici hemşirelerin karar verme becerilerini betimlemektedir. Bu alanda, sağlık kuruluşu ve alt birimler içindeki günlük sorunlarla ilgilenilen operasyonel kararlar verilir. Bu kararlar, sağlık bakımı, maliyetler, personel iletişimi ve koordinasyonu ve kalite gibi unsurları içerir.

.Karar Vermede Klinik Alan

Bu alan alt kademe yönetici hemşirelerin karar verme becerilerini betimlemektedir. Yönetici hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları, bakımın sürdürülmesi ve bakımı yönlendirme sorumluluğunu üstlenmesi alanlarında karar vermesidir. Bu yönetici hemşirelerin hedeflediği bakımın sağlanması ile iyi hasta sonuçları elde etmek amacıyla verdiği kararları içerir (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020; Paarima ve ark., 2022).

Karar Vermede Bağımlılık Modeli

Yönetici hemşirelerin karar vermelerini etkileyen sekiz temel özelliğin olduğu görülmektedir.

1. *Ele alınması gereken roller ve durum*, yönetici hemşirelerin yönetici bir hemşirenin sorumlulukları olarak eğitici, destekleyici, denetleyici ve işbirlikçi rollerinin yanı sıra klinisyen rolünün de olmasıdır. Yönetici hemşirenin birden fazla rolünün olması üretkenliklerini, kararların kalitesini, zihnini ve motivasyonun etkilediğinden karar verme sürecinde etkili olmaktadır.

2. *Kararın verilmesi gereken süre*, kararın ne kadar hızlı verilmesi gerektiği yönetici hemşirelerin karar vermelerinde etkili olmaktadır. Örneğin Covid-19 pandemisinde yönetici hemşirelerin kararları hızlı vermesi gerekiyordu (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020; Dos Santos, 2020).
3. *Meslektaşların geribildirimleri*, yönetici hemşirenin astlarıyla konu ile ilgili fikir alışverişi karar verme sürecinde etkili olmaktadır. Genelde yönetici hemşireler diğerlerinin fikrini aldıktan sonra karar verdiği görülmektedir. Fikir alışverişi kararın kalitesini artırabilir.
4. *Görev ve ortamın karmaşıklığı*, yönetici hemşirelerin karar vermesi gereken bazı durumlar kolay ve basit olurken bazıları zor ve karmaşık olabilmektedir. Durumun niteliği yönetici tarafından anlaşılması gerektiği için karar vermeyi etkilemektedir.
5. *Karar vermede geçen süre*, yönetici hemşireler bazı durumlara yönelik kısa sürede karar verebilirken, bazı durumlarda problemi araştırması ve üzerinde çalışması gerektiği için uzun sürebilir. Yönetici hemşirelerin karar vermesi esnasında geçen süre kararları üzerinde etkili olmaktadır.
6. *Kaynaklara ulaşılabilirlik*, yönetici hemşirelerin karar vermede sahip olduğu insan gücü ve maddi yönleri içerir. Bazen personel eksikliği nedeniyle ya da yüksek maliyetler oluşturabileceği için yönetici hemşirenin vereceği kararlar değişebilir. Kaynak eksikliği, karar vericinin yeteneği ve yeterliliğini etkileyebilir.
7. *Karar verme ortamı*, sadece çevre ile sınırlı değildir. Kararların türü, nasıl, ne zaman ve kimlerin dahil edildiği yönetici hemşirelerin karar verme süreçlerini etkiler. Klinik ortamda yönetici hemşirelerin karar verme durumları; hasta gereksinimlerinden, astların geri bildirimlerinden ve kaynaklardan etkilenir.

8. *Kişisel özellikler*, hemşire yöneticisinin kişisel özelliklerini betimlemektedir. Her yönetici hemşire farklı algı, tutum ve liderlik becerilerine sahiptir. Bu nedenle aynı şekilde davranmazlar. Yönetici hemşirelerin problemi anlama ve anlamlama durumu farklılık gösterebileceğinden karar verme durumunu etkiler (Chisengantambu-Winters ve ark., 2020).

Sonuç

Karar verme, yönetimin zor ve karmaşık ancak önemli alanlarından biridir. Sağlık kuruluşlarında insan hayatı söz konusu olduğu için verilen kararın iyi düşünülüp analiz edilerek verilmesi gerektirir. Yönetici hemşireler; kurum, personel ve hastayı etkileyen önemli kararlar vermektedir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin karar verme sürecini, verdiği kararı anlamak yönetici hemşirenin karar verme becerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bunun için yönetici hemşirelerin karar vermelerini etkileyen faktörleri belirlemek gerekir. Yönetici hemşirelerin karar vermede bağımlılık modeli, etkileyen faktörleri belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiş, verilen kararı seçme nedenlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yardımcı olarak bir çerçeve oluşturmuştur.



Şekil 2. Yönetici Hemşirelerde Karar Verme Alanları ve Etkileyen Sekiz Faktör

Kaynakça

Almutairi, A. F., Adlan, A. A., & Nasim, M. (2017). Perceptions of the critical cultural competence of registered nurses in Canada. *BMC Nursing*, 16(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0242-2>

Attyat, A. O., Morsy, S. M., & Hossny, E. K. (2022). Decision Making Styles of Nursing Managers at Assiut University Hospitals and South Egypt Cancer Institute. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 10(28), 244-252. <https://doi.org/10.21608/asnj.2022.113984.1291>

Avcı, E., & Başer, M. (2019). Leadership Characteristics of Nurses in Clinical Decision-Making ERU Faculty of Health Sciences Journal, 6(2), 1-5.

Chen, Q., Su, X., Liu, S., Miao, K., & Fang, H. (2021). The relationship between moral sensitivity and professional values and ethical decision-making in nursing students. *Nurse Education Today*, 105, 105056. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105056>

Chisengantambu-Winters, C., Robinson, G. M., & Evans, N. (2020). Developing a decision-making dependency (DMD) model for nurse managers. *Heliyon*, 6(1), e03128. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03128>

Chitsulo, C., Pindani, M., Chilinda, I., & Maluwa, A. (2014). Factors Promoting and Hindering Performance of Unit Nurse Managers at Kamuzu and Queen Elizabeth Central Hospitals in Malawi. *Open Journal of Nursing*, 4(13), 11, Article 52128. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.413099>

Dos Santos, L. M. (2020). How Does COVID-19 Pandemic Influence the Sense of Belonging and Decision-Making Process of Nursing Students: The Study of Nursing Students' Experiences. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(15), 5603. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155603>

Güngör, S., & Özcan, U. (2022). Decision Theory and Decision-Making European Journal of Science and Technology(33), 119-125. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1035682>

Kantek, F., & Yıldırım, N. (2022). Problem solving and decision making. Academy Press Publishing.

Manlangit, A. T., Jabonete, F. G. V., & Ridulme, Q. R. (2022). Cultural competence and decision-making of nurse leaders in a university hospital in Saudi Arabia: A descriptive correlational study. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1215-1224. <https://doi.org/10.1111/jonm.13631>

Marques, M. d. F. M. (2019). Decision making from the perspective of nursing students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0311>

Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health*, 17(3), 1-24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

Oxford Dictionary. (2023). decision-making. In Oxford Dictionary.<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/decision-making?q=decision-making>

Paarima, Y., Kwashie, A. A., Asamani, J. A., & Ofei, A. M. A. (2022). Leadership competencies of first-line nurse managers: a quantitative study. *Leadership in Health Services*, 35(3), 338-354. <https://doi.org/10.1108/LHS-05-2021-0047>

Samancı, O., & Mazlumoğlu, M. (2023). Decision Making Skill: How to Make a Right Decision? *Journal of Turkish Academic Publications*, 7(2), 668-683. <https://doi.org/10.29329/tayjournal.2023.543.14>

Senthamizh Pavai, P., Geetha, K., Vigneshwari, J., & Maria Suganthi, L. (2021). Investigation of relation between decision making and Self-Actualization. *Materials Today: Proceedings*, 37, 785-788. <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2020.06.002>

Sönmez, B. (2014). *Problem solving and decision making*. Academy Press and Publishing.

Tazebew, C., Mulugeta, T., & Boka, A. (2023). Nurse Managers' Involvement in Decision-Making and Associated Factors in Selected Government Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. 9, 23779608231157992. <https://doi.org/10.1177/23779608231157992>

Türk Dil Kurumu. (2023). decision. In Turkish Language Association Current Turkish Dictionary. <https://sozluk.gov.tr/karar>

Yorgancılar, F. E., & Özlük, B. (2022). A Review on Managerial Problem Solving and Decision Making in Nursing Services Journal of General Health Sciences, 4(1), 68-80. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2022.45>

BÖLÜM XIV

Göç ve Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı

Esra YILMAZ²
Nurcan ÇAĞLAYAN³
Zehra AKIN⁴

Giriş

Göç insanlığın varoluşundan bu yana devam eden sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasi sebeplerle insanların ulusal sınırlar içinde ya da uluslararası düzeyde yer değiştirdiği nüfus hareketliliğidir (Işık ve Çilhoroz, 2021). Göçler ülkelerin nüfus ve politikalarını derinden etkileyen sosyal bir sorundur. Mecburi sebeplerle göç eden güvenlik ve özgürlük arayışında olan kişiler ise mülteci olarak tanımlanmaktadır. Bir ülkedeki mülteciler güvenli sığınma hakkı doğrultusunda temel ihtiyaçların karşılanması,

² Dr. Ebe, Eflani Devlet Hastanesi, Karabük / Türkiye, Orcid: 0000-0002-7830-0631, esrayilmaz939@gmail.com

³ Uz. Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik A.D., İstanbul / Türkiye, Orcid: 0000-0002-0081-4798, nrcncglyn@hotmail.com

⁴ Ebe, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik A.D., Karabük / Türkiye, Orcid: 0009-0006-3536-6645, zehraluleci@hotmail.com

çalışma, okuma ve sağlık hizmetlerinden faydalanma haklarına sahiptir (Tamer, 2020).

Dünya Göç Raporu (IOM)'na göre dünyada uluslararası göçmen nüfusu yaklaşık 281 milyondur. Göçmen nüfusun %48,1'ini kadınlar oluşturmaktadır (IOM, 2023). İşsizlik, enflasyon, yoksulluk, düşük yaşam kalitesi gibi maddi koşullar, ihtilal, sürgün, savaşlar, terör, diktatör yönetim gibi siyasi olaylar, refah artışı, sosyal olanakların çeşitliliği, iyi bir eğitim olanağına erişim, dini inanış, kız kaçırma, başlık parası, kan davası gibi sosyal faktörler ile afetler, ormanların tahribatı, ekolojik ve iklim değişikliği gibi çeşitli doğal unsurlar göçe neden olabilmektedir (Yağmur ve Aytekin, 2018; Tamer, 2020).

Ulusal ve uluslararası platformda göç kavramı sağlık düzeyinin sosyal belirleyicilerindendir (Padovese ve ark., 2014:372). Göçler AIDS'in de dahil olduğu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE), eradike edilen hastalıkların, hızla yayılan ve pandemi oluşmasına neden olan bulaşıcı enfeksiyonların yayılmasını kolaylaştırabilmekte, göç edilen bölgede morbidite ve mortalitenin artışında etkili olabilmektedir (Tamer, 2020). Bu derlemede mülteci kadınların üreme sağlığını literatür ışığında incelemek amaçlanmıştır.

Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı

Mülteci Kadınların Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler

Kadınların cinsiyete bağlı özel gereksinimlerinin yanı sıra mülteciliğin getirmiş olduğu dil sorunu, yanlış iletişim, elverişsiz mekanlarda toplu yaşama zorunluluğu, düşük sosyoekonomik durum, sağlık sigortasının olmaması, kültürel engeller, kayıt dışı mültecilik, göç edilen bölgede sağlık kuruluşunun eksikliği, sağlık sistemine aşına olmama ve mültecilerle ilgili sağlık politikalarının yetersizliği sağlık hizmetine erişimi olumsuz etkileyebilmektedir (Almeida ve ark., 2013; Padovese ve ark., 2014; Burch ve ark., 2016; Arabacı ve ark., 2016; Yağmur ve Aytekin, 2018; Schmidt ve ark.,

2018;Işık ve Çilhoroz, 2021). Mülteci kadınların genel sağlığını olumsuz etkileyen bu faktörler, üreme sağlığı ile de doğrusal ilişkilidir. Mülteci kadınların daha fazla üreme sağlığı sorunları yaşadığı, doğurganlıklarının yüksek olduğu, aile planlaması hizmeti için daha az başvurdukları, genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğu bilinmektedir (Şimşek ve ark., 2015).

Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı ile İlgili Sorunları

Mülteci kadınlar mülteciliğin getirmiş olduğu sorunların yanı sıra üreme fonksiyonu ve buna bağlı gelişebilecek sağlık problemleri nedeniyle riskli grubu oluşturmaktadır. Mülteci kadınların rahim ağzı kanseri tarama ve doğum kontrol danışmanlığına daha az katıldığı ve bu durumun anne ve perinatal ölüm riskini artırdığı bildirilmiştir (Naimy ve ark., 2013; Esscher ve ark., 2013; Leinonen ve ark., 2017). Ayrıca koruyucu aile planlaması, istenmeyen gebelik, abortus, riskli gebelik, antenatal, natal ve postnatal bakım konusundaki bilgisi yetersizdir (Rogers ve Earnest, 2014). Sağlıksız koşullarda kürtaj ve doğum, adölesan evlilikler ve gebelikler, takipsiz gebelikler, yüksek doğum oranları, gebelikte demir, B12 ve folik asit eksikliği yaygındır (Şimşek ve ark., 2015; Bukecik ve ark., 2019).

Mülteci kadınlar güvenlik sorunları sebebiyle riskli cinsel davranışlar, şiddet, taciz, istismar ve tecavüze maruz kalabilmekte ve CYBE için riskli grubu oluşturmaktadır (Yıldız ve Cengiz, 2016; Liu ve ark., 2016; Bukecik ve ark., 2019). Diğer Avrupa ülkelerine kıyasla HIV ile yaşayan veya yeni teşhis edilenler arasında göçmenlerin yüksek orana sahip olduğu belirlenmiştir (Akerman ve ark., 2019). Akerman ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, göçmen katılımcıların üçte ikisinin doğum kontrolü danışmanlığı için nereye başvuracağını bildiği, yalnızca üçte birinin HIV testi yaptırdığı, yarısından fazlasının HIV testini nerede yaptıracağını bilmediği ve katılımcıların %68'inin doğum kontrolü danışmanlığı almadığı bulunmuştur. Ayrıca sağlık muayenesine katılmayan göçmen kadınların bilgi eksikliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Akerman ve ark., 2019).

Mülteci Kadınların Üreme Sağlığının Sürdürülmesi

Her bireyin cinselliği ve üreme sağlığı konusunda kendi seçimlerini yapma hakkı vardır. Ayrıca güvenli, etkili, uygun fiyatlı ve kabul edilebilir doğum kontrol yöntemleri ve CYBE'ye yönelik önleme ve tedavi hakkında doğru bilgilere erişim konusunda eşit haklara sahiptir (Starrs ve ark., 2018). Ayrıca koruyucu nitelikteki cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmeti, toplumsal cinsiyet eşitliği, kadın, anne, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle ekonomik olup, sürdürülebilir kalkınma hedefleri için gereklidir (Akerman ve ark., 2019:64).

Mülteci kadın sağlığını olumsuz etkileyecek üreme sağlığı sorunları kadını, bakım vermekle yükümlü olduğu bireyleri, bebek ve çocuk sağlığını tehdit eden ve toplumun sağlığını derinden etkiler. Bu nedenle mülteci kadınların bilgi eksikliğinin giderilmesi için eğitim olanakları artırılması gereklidir. Mülteci kadınların sosyoekonomik düzeyin artırılması için istihdamı ile ilgili politik düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca sektörler arası iş birliğinin sağlanması politik ve sosyal bütünleşmeyi kolaylaştıracaktır (Bilican Gökkaya ve Ayan, 2016).

Aile planlaması ve doğum öncesi bakım gibi koruyucu hizmetler ile gebeliği önleyici yöntemler ve CYBE hakkında bilgilendirme, bilinçlendirme ve hizmetin sürekliliği üreme sağlığını olumlu etkileyecektir (Yağmur ve Aytekin, 2018). Psikolojik travmalarının yanı sıra şiddet, istismar, taciz ve tecavüz mağdurlarına ruhsal destek ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, üreme sağlığının sürdürülmesinde katkı sağlayacaktır (Cihan ve ark., 2023). Sağlık hizmeti sunumunda mülteci kadınların kültürel ve dini farklılıklarına saygı duyulması ve mahremiyetine özen gösterilmesi alınan hizmetin sürekliliği için teşvik edici olabilmektedir (Yağmur ve Aytekin, 2018).

Sonuç

Mülteci kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ivedilikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Ülkeler mülteci kadınların

üreme sağlığı hizmetlerine erişimi için sosyopolitik bütünleştirici stratejiler geliştirmelidir. Özellikle sağlık bakım profesyonelleri sağlık hizmetlerinin temel bir insani bir hak olduğu farkındalığıyla destek, danışmanlık ve bakım hizmetleri vermelidir. Sağlık bakım profesyonelleri mülteci kadınların mahremiyetine saygı göstermeli ve kültürel farklılıklara duyarlı bakım sunmalıdır.

Kaynaklar

1. Işık, O., & Çilhoroz, Y. (2021). Uluslararası göçün sağlık statüsüne etkisinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(4), 1389-1402. <https://doi.org/10.33417/tsh.896615>
2. Tamer, M. (2020). Göç, göçün nedenleri ve uluslararası göç üzerine kavramsal bir analiz. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 7(60), 2808-2818. <https://doi.org/10.26450/jshsr.2070>
3. Padovese, V., Egidi, A. M., Melillo Fenech, T., Podda Connor, M., Didero, D., Costanzo, G., ve Mirisola, C. (2014). Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010–11). *Journal of Public Health*, 36(3), 368-374. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt111>
4. The International Organization for Migration (IOM), 2023. https://www.migrationdataportal.org/sites/g/files/tmzbd1251/files/2023-03/GDI%20Briefs_Gender_Issue_09-03.pdf
5. Yağmur, Y., & Aytekin, S. (2018). Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 56-60.
6. Bükecik, E., Şahin, S., Halime, Abay, Kaplan, S., & Düzgün, A. A. (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 460-464.
7. Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N. G., & Özek, B. (2015). Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Konya. 5-9 Ekim, 998-999.
8. Rogers, C., & Earnest, J. (2014). A cross-generational study of contraception and reproductive health among Sudanese and Eritrean women in Brisbane, Australia. *Health care for women*

international, 35(3), 334-356.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2013.857322>

9. Liu, Z. Y., Li, J., Hong, Y., & Yao, L. (2016). Reproductive health service utilization and social determinants among married female rural-to-urban migrants in two metropolises, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, 36, 904-909. <https://doi.org/10.1007/s11596-016-1682-8>
10. Yıldız, B.İ., & Cengiz, P. (2016). Savaşın kadınlar üzerindeki etkisi: Bosna & Suriye.
11. Arabacı, Z., Hasgöl, E., & Serpen, A.S. (2016). Türkiye’de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi. *Journal of Social Policy Studies/Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (36), 129-144. <https://doi.org/10.21560/spcd.77608>
12. Burch, L. S., Smith, C. J., Anderson, J., Sherr, L., Rodger, A. J., O’Connell, R., ... & Lampe, F. C. (2016). Socioeconomic status and treatment outcomes for individuals with HIV on antiretroviral treatment in the UK: cross-sectional and longitudinal analyses. *The Lancet Public Health*, 1(1), e26-e36. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30002-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30002-0)
13. Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*, 17, 1346-1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
14. Schmidt, N. C., Fagnoli, V., Epiney, M., & Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive health*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>
15. Naimy, Z., Grytten, J., Monkerud, L., & Eskild, A. (2013). Perinatal mortality in non-western migrants in Norway as compared to their countries of birth and to Norwegian

women. BMC public health, 13, 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-37>

16. Esscher, A., Haglund, B., Högberg, U., & Essén, B. (2013). Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 274-279. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks101>
17. Leinonen, M. K., Campbell, S., Ursin, G., Tropé, A., & Nygård, M. (2017). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *The European Journal of Public Health*, 27(5), 873-879. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx093>
18. Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén, B., & Westerling, R. (2019). A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 64-70. doi: 10.1016/j.srhc.2018.12.005.
19. Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The lancet*, 391(10140), 2642-2692. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
20. Bilican Gökkaya, V., & Ayan, S. (2016). İç göç ve kentleşme sürecinde kadının ekonomik yoksunluğu. *Journal of International Social Research*, 9(46), 390-398
21. Cihan, E. G., Özşahin, Z., & Ay, Ç. K. Mülteci Kadınlarda Üreme Sağlığı Problemleri. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 116-121. DOI: 10.5152/JMHS.2022.221326

BÖLÜM XV

Dans ve Hareket Terapisi Nedir?

Cemile FINDIK

Giriş

Modern yaklaşımlar ve bilimsel anlamıyla Dans ve Hareket Terapisinin (DHT) bir tedavi yöntemi olması 1940’lı yıllara dayanmaktadır. 1940’lı yıllarda Amerika’da da savaştan etkilenen ve bugünkü adıyla travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) belirtileri gösteren doktor, hemşire, askerlerle hastanelerde başlamış ve zamanla ruh sağlığı alanında tedavi yöntemleri olarak kabul görmüştür. Avrupa ve Amerika başta olmak üzere dünyada yaratıcı ve dışavurumcu sanat terapileri kanıta dayalı bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır.

Dans ve hareket terapisi “duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel bütünlüğü desteklemek için hareketin kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Dans Terapi Birliği, 2016). Bu tanımlı göz önünde bulundurduğumuzda, bireye bütünsel ve geniş bir

çerçveden yaklaşmak gerekmektedir. Dans hareket terapisi, toplumun her kesiminden ve her yaştan bireylerle uygulanabilir. Temeli, beden algısı, beden-zihin ilişkisini güçlendirmeye dayanır. Harris dans terapisinin, bireyi kendi bedeninde güçlendirmekle beraber, kültürel farklılıklardan kaynaklanan zorluklarla baş etmede yardımcı olabileceğini vurgulamıştır (Harris, 2007; Akt: Güney, Lundmark ve Eren, 2019).

Yaratıcılık ve Yaratıcı Hareket

Winnicott (1988), yaratıcılığı “kişinin dışsal gerçekliğe dair tüm tutumuna renk veren şey” olarak tanımlamıştır. Bu dünyanın sunduklarıyla dinamik bir ilişkiye girme, hayal gücü ve kişisel isteklere göre etraftaki imkânları keşfetme ve kullanma isteğidir. Hayal gücü alışkın olunmayan durumlarda uygulanabilecek yeni davranışlar üretmeyi ve gelecek planları oluşturmayı sağlamaktadır. Yeni davranışları ve durumları hayal ederken onları dönüştürebilmek ve birleştirebilmek, yaratıcı kabiliyetin temelini oluşturur (Arieti, 1979). Bir hareket, çevredekilerle farklı bir ilişki kurma anlamına gelen, olağan davranış biçimlerinin ötesine geçen bir formdaysa, bu hareket “yaratıcı” olarak tanımlanır. Bu hareketin hoşla gitmesi veya kolay kavranabilmesi gerekmez. Genel davranış biçimleri çoğunlukla kültürel şartlanma sonucunda oluşur, ama aynı zamanda alışlageldik ve neredeyse otomatik hareketlerin günlük hayatta enerji tasarrufu yapmayı sağlamasından da kaynaklanır. Bunlar bazen yeni ve anlamlı seçimler yapmayı ya da hayatın problemlerine yeni çözümler bulmayı engelleyecek derecede katı ve basmakalıp hale gelebilir. "Yaratıcılık insanın kendini kendi bağlarından, şartlanmış tepkilerinden ve alışkanlık haline gelmiş kararlarından özgürleştiren birincil araçtır" şeklinde tanımlanmıştır (Arieti, 1976). Yaratıcılık (eğer gerekli temel çevresel koşullar sağlanmışsa), bebekliğin ilk anlarından itibaren düşünmeden gelişen, doğal insanî dürtülerden biri, canlılığın bir ifadesi ve psikolojik sağlığın bir belirtisi olarak görülebilir. Eğer bahsedilen koşullar sağlanmazsa, kendini ifade etme korkusu ya da yoğun bir

onay ihtiyacı gibi şematik davranışlar çok erken bir yaşta dahi görülebilir (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

İnsandaki yaratıcılığın ham izlerini; küçük bir bebeğin, annesinin yokluğunda zihninde onun tasarımını canlandırabilmesinde, yaşamsal gereksinimlerine çözüm bulmak için ilkel insanın yarattığı imgeler veya nesnelerde, gerçeklik sınırlarının kaybolduğu psikotik durumdaki bireyin hezeyan ve halüsinasyonlarında gözlemlenebilir. Genellikle “sanatçıların” alanı olarak görülen sanat, yaşamın temel yönlerinden ayrı değildir; sanat nesneleri ve performansları, aslında yaşamdaki genel işleyişin basit parçalarıdır (Eren, 2015).

Yaratıcılık ve onun bir ürünü olarak ortaya çıkan sanat, ilkel insandan günümüze, sorunlara geçerli ve farklı çözümler getirerek büyüme ve gelişmeye olanak sağlamaktadır. Doğumdan itibaren dürtüler ile dış gerçeklik arasındaki dengeyi sağlamaya çalışan bir bebeğin bağımsızlaşması, annenin yokluğunda onun işlevlerini zihninde tasarlayabilmesi, kendisi ve diğerleri hakkında tasarımlar oluşturabilmesi ve bunları bütünleştirerek içselleştirebilmesinde yatar. Ancak hiçbir insan çocukluk döneminden başlayarak, annenin yarattığı tümgüçlülük (omnipotans) yanılmasıyla vazgeçme, dış gerçekleri kabul etme, iç ve dış gerçekliği birbirine uydurma, geriliminden tam olarak kurtulamaz. Winnicott bireye bu gerilimden kurtulma imkan sağlayan, iç ve dış gerçeklik dışında yer alan ve bu yanılmasını sürdürebileceği bir “oyun alanı/geçiş alanı” tanımlar. Çocuk oyunları ve sanat da bu oyun alanında gerçekleşir. Bu anlamda sanat ve yaratıcılık, var olanla var olmayan arasında bir süreç, düşünle gerçek arasında kurulan bir köprü gibidir. Oyun içinde kendini kaptırıp “kaybolan” çocuğun süregelen hattının, erişkinlikte devam etmesidir. İnsanın, doğumdan ölüme kadar tüm gelişim süreçleri boyunca, kendini var etmesi, dönüştürmesi ve bütünleştirmesinin bir serüvenidir (Eren, 2015). Sanatla ilgili bu tanımlamalar bize sanat yoluyla insanı anlama, ona yardım etme ve psikoterapide kullanma yolunu açmaktadır. Sanatın psikoterapide kullanımına olanak sağlayan, sanatsal bir ürün (resim, müzik, dans vb.) oluşturmaya yönelik “yaratıcı süreç” ve bu süreçte ortaya çıkan

ürünlere bakıştır. Sanatsal süreç, o ana kadar farkında olunmayan bilinçdışı arzuların, korkuların, isteklerin (içsel alan), sanatsal malzeme ile karşılaşması ve dışavurumla resimden, çamurdan, notalardan oluşan bir biçime dönüşmesine (dışsal alan) olanak sağlar (Eren, 2015).

Yaratıcı hareket metodunun temel anlayışı, bireysel iyi olma halinin temelinde yaratıcılığın olduğudur ve bu iyi olma hali aileye, topluluğa ve genel olarak tüm topluma yayılır (Winnicott, 1985). Kişi, beden/zihin farkındalığıyla, benliğini daha kabul edici bir hale gelebilir ve ona daha yakınlaşabilir. Böylece kişide kişisel yaratıcılığını ve çevresiyle ilişkilerini geliştiren daha büyük bir bütünleşme oluşur. Yaratıcı hareketin önerdiği şey, taklit edilecek egzersizler ve teknikler değil, kişinin duygusal yaşamından, içsel benliğinden kaynaklanan öğelerdir. Kullanılan doğaçlama ve tekniklerin asıl amacı, kişinin kendi yaşam deneyimlerinde giderek artan bir özgürlük ve ahenk sağlanmasıdır (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Yaratıcı Süreçte Benliğin Deneyimlenişi

Yaratıcı sürecin kendisi, örneğin bir şey inşa ederken, parçaları bir araya getirirken, bir haz yaşarız ve kişi kendi eserini gördüğü an, çok çeşitli duygular -neşe, şaşkınlık, reddetme veya memnuniyet- yüzeye çıkar (Estes. 1993). Yaratıcı dürtülerin akışına izin vermek, çok geniş bir duygu yelpazesinin açılmasına izin vermek demektir. Yaratıcılığa her zaman yaratıcı sürecin getirdiği bir duygusal zenginlik eşlik eder. Kişi acı verici bir içeriği ifade etmeye çalışırken bile belli bir hazzın var olması bir paradoks içerir. Yaratıcı hareketi belirleyen şey, kişinin kendisini eylem halinde deneyimliyor olmasından kaynaklanan hazdır. Sağlığın bir ifadesi olan bu mutluluk deneyimi daha sonrasında bireyin bütünlüğünü ve dengesini kuvvetlendirmeye yarar. Aslında yaratıcılık, insanın, algılar ve duyguların yanı sıra, anılar, imgeler ve arzuları da kapsayan iç dünyasının zenginliği ile bir iletişim kurması anlamına gelir. Yaratıcı bir şekilde tepki verme dürtüsü, bu kaynağın dünya ile etkileşimle uyarılmasından doğar. Yaratıcı süreç, çoğu kez bir birlik

deneyimi olarak yaşanan bir bütünleşme anıdır (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Yaratıcılığı Teşvik Etmek

Göz önünde bulundurulması gereken ilk unsur yaratıcılığın insan gelişimine rehberlik eden temel enerji olmasıdır (Winnicott, 1988). Yaratıcılık herkes için potansiyel olarak mümkündür ve dolayısıyla herkes için bir amaç olmalıdır. Burada "herkes" derken, içinde yaratıcı gücün keşfedilecek ve gelişebilecek bir zerresi bulunan, zihinsel bozukluğu veya engelleri olan kimseler dahil bütün insanlar kastedilmektedir. Elbette ki herkes kendi tarzında ve kendi imkânları dahilinde yaratıcı olacaktır, fakat herkes, sınırlar dahilinde, kendine has bir yaratıcı sürecin keyfini yaşayabilir. (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018). Kişi kendi yaratıcı sürecini ortaya çıkartabilirse bunun hayatında birçok farklı alan üretecek olması önemlidir. Kendimizi en geniş anlamdaki yaratıcılığa açmak, son üründe mükemmellik olması baskısını yaşamadan onun tadını çıkarmak, performansın niteliğini dahi dönüştürebilir.

Bu noktada akla gelebilecek birçok soru; yaratıcılığın önündeki engeli kaldırmak ve onu geliştirmek için neler yapılabilir? En geniş anlamıyla yaratıcı süreci teşvik etmede beden ve beden hareketlerinin rolü nedir? Bunda çevrenin ve kişinin kendisinin katkısı nelerdir? Özetle, Yaratıcı Hareket disiplininin sunduğu yol nedir? (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Beden-Hareket-Yaratıcılık İlişkisi

Winnicott, yaratıcılığın ilk hallerini bebeğin kendi bedeni ile oynamasında görür. İçsel değişimlerimizin her biri kendisini bir hareket olarak ifade eder. Hatta belki şöyle demek daha doğrudur: İçsel değişimlerimiz birer harekettirler. Her zaman kolayca görülebilir hareketler değildirler; çoğu kez çok ince, küçük modifikasyonlardır; parmakların titreyişleri, göğsün ortasında bir sıkışma veya çoğu gözlemcinin gözünden kaçan algılanması neredeyse imkânsız bir omuzları sıkıştırma gibi. Kalbin düzenli ve

sürekli bir atışı vardır; farklı kas grupları esnerler ve sıkışır veya uzarlar ve kısalırlar; beyin dokusu bile şişer ve sıkışır. Korku, öfke, neşe gibi duygular, bu örüntüleri bazen büyük ölçüde, bazen daha az ölçüde etkilerler; boğazımız düğümlenir, göğsümüzde bir çarpıntı hissederez, kollarımız, yumruklarımız, omuzlarımız sıkışır, bazı zamanlarda da nefesimiz genişler ve adımlarımız hafifler. Dünyamızdaki uyaranlar bile bizi dönüştürür. Basit bir algılama edimi, spontan hareketlerimizin akışında bir farklılık yaratarak bizi değiştirir. Bir şimşegin aniden çakışı bizi sıçratır; bir kaynak suyunun akışı bizi rahatlatır; martıların süzülüşlerini izlemek nefesimizi sakinleştirir; belli bir türdeki ışıklar bizi rahatsız edebilir ve başkalarının teması veya sadece fiziksel yakınlıkları bizde kesinlikle bir değişime neden olur. Fakat bu sürekli dönüşümümüze karşı bizler genellikle dikkatsiz ve bilinçsizizdir. (García ve Monteleone, 2002; Plevin, Garcia ve Macagno, 2018). Bedensel halin bu sürekli farklılaşması, kimlik duyulumumuzun temelidir. Algımızın ve bilincimizin temel alt katmanını düzenler. Ağırlığı ve hafifliği, yavaş ve hızlı olanı, bunlar bir şekilde kendi bedenimizde de benzer bir deneyim olduğu için tanırız. Genişleme, düşme, duraksama veya belirsizlik gibi bizlere eşlik eden veya yaşamsal olan duyumlara böylelikle ulaşırız. Bu ince hareketlerin akışı, zihin durumumuzun, duygularımızın ve düşüncelerimizin temelidir. Bu, dünya ile etkileşim zarfında sürekli dönüşen, değişen bir iç müzik gibidir ve yaratıcı ifadelerimizin tümünü besler.

Bedene Mesafe Koymak

Erken bebeklik dönemimizin en karakteristik özelliği, bedenin canlılığı ile kurulan direkt ilişkidir. Fakat büyüdükçe gelişimimiz için gerekli olan yeni beceriler kazanırız; konuşmayı, düşünmeyi, çevremizin artan taleplerini karşılamayı öğreniriz, bu da bizi bedenimizin nasıl hissettiğini deneyimlemekten uzaklaştırır. Bilinçli hareketlerimiz en derin dürtülerimizden ayrışır. Algı biçimimiz dahi değişir ve ilk zamanlarda sahip olduğumuz dünya ile birlikte titreşme kapasitemiz arka plana düşer. Bu durum, bedeni

nasıl algıladığımızı çok derin bir şekilde etkiler; onu artık bir bütün olarak değil, parçalar halinde algılıyor oluruz.

Gençken, gökyüzündeki bir uçağa baktığımızda, bütün beden ona bakıyordu. Bir böceğe bakmak için eğildiğimizde, bütün beden eğiliyordu; ama zamanla, boynun kısıtlanmış bir hareketi ile birlikte sadece gözler bakmaya başladı. O bedensel akış, tüm organizmanın bütünlüklü eylemi, parça parça hareketlere bölünmüştür. Enerjinin o güzel akışı, o bağlantılı olma hali kaybolmuştur (Whitehouse, 2003).

Kişiliğin nevrotik yönleri, içsel çatışmalar ve kültürel koşullanmalar, çoğunlukla kişiyi genel bir gerginlik haline sokabilmekte veya bedenin bazı kısımlarında, bir uyarana yanıt olarak titreşebilme esnekliğini engelleyen blokajlar yaşamaya neden olabilmektedir. Bazen, psikolojik zorlanmalar, kişinin iç dünyasının bazı yönlerini görmek istememesine neden olur ve bu da fiziksel deneyimin bazı düzeylerini dinlememeye neden olur. Dolayısıyla, küçük hareketlerin ve jestlerin niteliği, çoğu zaman, beden üzerinde katı bir zihinsel kontrolün, spontan enerjiyi dönüştürmek yerine onu bloke eden bir komutun sonucu olabilir. Bu durumlarda, bedensel tekniklerin çalışılması etkili olmaz; dahası, bu uyum eksikliği, bu tekniklerin yaratıcı bir şekilde kullanılmasının önünde büyük bir engel teşkil edebilir. Spor salonuna gitmek veya başka sporlar yapmak gibi fiziksel aktiviteler, en azından hareket etmeyi sağladıkları için yararlıdır. Fakat bunlar insanın kendisiyle bağ kurmasını sağlamaz, çünkü insanın kendisini deneyimlemesinden başka bir motivasyon taşırlar (Whitehouse, 2003). Whitehouse “Ruhla çalışırken bedenin değişmesi gibi, bedenle çalışırken de ruh değişiyor.” diye belirtmiştir (Whitehouse, 1999). Bedenin dünyası ve hayal gücünün dünyası arasında, bu iki hareket kaynağı arasında sürekli bir dalgalanma ve karşılıklı alışveriş vardır (Chodorow, 1999). Dolayısıyla, tüm yaratıcılık eğitimlerinde karşı karşıya olunan şey, hareketlerimizden ruhu eksiltmeden bedene hâkim olabilmeye becerisini geliştirmedir. Bu noktada, ifade etmenin daha otantik düzeylerinin ortaya çıkışı, kişinin tüm bilincinin gelişimi olmadan mümkün değildir. Bilinç, içsel süreçleri onları

koşullamadan gözlemleyen bir içsel şahidin büyümesi ile artar. Bu şahit, kişinin dikkatini rasyonel boyuta getirmesinin yanı sıra, deneyimin tüm seviyelerine açıktır: Duyumlara, duygulara, imgelere ve düşünceye. Kendimizle içsel spontan bir ilişki içinde olma kapasitesi" (Garcia ve Monteleone, 2002) olan farkındalık, şunlarla verimli bir ilişki kurmamızı sağlar:

- zihnin işleyişinin iki kipi, rasyonel ve rasyonel olmayan (ikincil ve birincil süreçler)
- spontan dürtülerimizin enerjisini dinleme ve bunları dışavurumcu bir jest ile görünür ve düzenlenmiş bir halde artiküle etme

Bu bilincin gelişimi, farklı bakış açılarından ele alınabilecek karmaşık bir yolu içerir.

Yaratıcı Hareket disiplininin amacı, en azından kısmi olarak, birlik duyulumumuzun yeniden canlandırılması ve kadim zamanlara dayanan beden/zihin ayrışmasının iyileştirilmesidir. Zihinle uyum halindeki beden ve dışavurumcu ifade arasındaki bağlantının yeniden keşfini teşvik etmek üzere tasarlanmış bir dizi araçlar aracılığıyla bu disiplin, estetik deneyimimizi yeniden uyandırmayı amaçlar (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Yaratıcı Hareket'in Genel İlkeleri

- Beden/zihin ayrışmasının yeniden entegrasyonu, yanıt veren bir bedenle tekrar ilişki haline girmekten geçer. Bu, hisseden ve duyumsayan bir bedendir ve koşullamadan gözleyen, kabul edici bir bilinci dinler.
- Bu bilinç, beden, içsel enerjilerimizle ve dünyayla onu algılayıcı karşılaşmamızın rezonansları ile farklılaşan tonik akışını dinlemeye açıktır. Tonik salınımlarımızın farkındalığı giderek arttıkça, "henüz yeni baş vermekte olan" hareketlerimizi ve ortaya çıkmakta olan dürtülerin doğuşunu algılamaya başlarız (Dosmantes-Alperson, 1983). Bu, bizim otantik, yaratıcı bir süreç oluşturma imkânımızı geliştirir.

- Böylelikle bir geribildirim döngüsü (beden ve bedenin hareketi üzerinden yaratıcı sürecin gelişimi), bedensel bilinci ve algısal kapasiteyi arılaştırmamızı sağlar. Bu içgörü içeren arıtım, diğer dışavurumcu dillerle olan uyumu da zenginleştirir.

Dikkat, Şimdi ve Burada Olma ve Bilinç: Bunların Yaratıcı Süreçteki Rolü

Yaratıcı hareket uygulaması, bireyleri, hareketi ve düşünceyi dönüştürebilen deneyimler yaşamaya teşvik eder. Bu durum, kişinin farkındalık haline, an'ın akışına ve kişinin kendi deneyimi ile yakından bağlantılı olan "şimdi ve burada" olma haline geçmesiyle gerçekleşir. Bir deneyimde "şimdi ve burada" olmak, farkındalığı dönüştürebilen bir dikkat kalitesine işaret eder. Bu "şimdi ve burada olma" hali, kişinin kendi yaratıcı hareketini besleyecek kaynakları bulacağı bir bilinmeyene doğru serüvene atılma cesaretine sahip olan içindeki gezgini bulabilmesi için gerekli koşulları yaratır.

"Şimdi ve Burada Olma Sanatı"na Yardımcı Olan ya da Bunu Zorlaştıran Çeşitli Unsurlar

- Bilinç, Olağan bilinç
- Bilincin farklı seviyeleri
- Çeşitli farkındalık türleri ile beyindeki iki yarıküre arasındaki ilişki
- Beden/zihin bütünlüğü algısı, olağan bilincimizi nasıl dönüştürür ve anın deneyiminde şimdi ve burada olma potansiyelimizi nasıl artırır?

Bilinç

Bilinç, "toplumsallık ve karşılıklı etkileşim temelinde insanın duyguları, iradesi, karakteri, heyecanı, zihni ve sezgilerinin vb. farkında olmak" şeklinde tanımlanabilir (Büyük, 2013). Her an, içimizde ve dışımızda sürekli oluşmakta ve akmakta olan bir uyaranlar ortamı içinde örülü haldeyiz. Bu uyaranlara dikkatimizi

bilinçli şekilde yöneltebiliriz veya yöneltmeyebiliriz. Çocuklukta geliştirdiğimiz farkındalık, kendimizin farkında olmaya evriliyor ve bu, aynı zamanda, dikkatimizi yönelttiğimiz nesneleri filtreleme ve seçme işlevini de üstleniyor. Zaman içinde bu "filtreler" giderek kişiselleşir. Yapmaktan hoşlandığımız ya da hoşlanmadığımız şeyler, alışkanlık haline gelir ve beden hareketlerinde ve düşünme şeklinde görünürler. Bu şekilde, dünya ile ilişki kurma yollarına dair bir çeşit repertuvar pekişir ve dikkatimizin nesnelerinin seçimi de bundan etkilenir. Bu repertuvar ifade yeteneğimizi kısıtlayıcı olabilmektedir. Yaşamımızda dünyayı keşfetmeye teşvik edilmiş olabiliriz ya da olmayabiliriz, veya sadece böyle davranmak için hiçbir zaman fırsatımız olmamıştır. Ne hissettiğimiz ya da ne bildiğimiz konusundaki ufkumuz kısıtlı olabilir. "Her şey bundan ibaret" şeklinde düşünerek, canlılığımızı ve hayatta bizim yaşayabildiklerimizden farklı şeylerin olduğuna dair umutlarımızı kaybedebiliriz. Böylece, yaratıcı deneyimlere ya da uyarılara, "yaratıcı" tepki verme arzumuz hiçbir zaman oluşmamış ya da yaşam şeklimiz ile azalmış olabilir. Fakat, "şimdi ve burada" olma sanatı yoluyla farkındalığımız, kendini açma ve yeni olanı veya bilinmeyen kendine katma amacıyla genişleyebilme becerisi kazanabilir. Böyle bir "burada olma" hali ile kişi, eski alışkanlarının dışına çıkmayı başarır; bir yandan kendini gözlemlerken bir yandan hareket etmesi/düşünmesi ve kendi güçlerinden istifade etmesi mümkün olur. Böylelikle, daha geniş bir eylem alanına ve ifadenin özgürleşmesine ulaşabilir. Şu ana odaklanmış haldeki niyetimiz, dikkatimizin kalitesi ve bunu kanalizetmenin yöntemleri ile birlikte, farklı bilinç seviyelerine erişmemizi sağlar.

Olağan Bilinç

Farkındalık üzerine yazmış yazarlardan R. Ornstein ve A. Damasio, farkındalıktan sıklıkla "ışık" metaforu ile söz ederler. Işığı açarız, mekân aydınlanır ve bir anda bir şeyin farkına varırız; ya da zihnimiz yavaş yavaş nesneleri, renkleri, düşünceleri ve hareketleri seçmeye başlar. Farkındalık, kelimeler, imgeler, duygular, fiziksel duyular ve bellek yoluyla bildiğimiz ile bilmediğimizi bir araya

getirmeye yarayan bir işlev görür. Olağan bilincimiz, düşüncelerin, düşlemin, inançların, içsel duyumların ve duyusal verinin bir karışımıdır ve hem içsel beden hem dışsal dünya tarafından "aydınlatılır". Sinirbilimci C. Pert, "Nesnel bir gerçeklik yoktur!" der (Pert, 1997), Bunun önemli bir mesaj içerdiğini düşünüyoruz. Olağan bilinç, edinilmiş inançların bir derlemesinden oluşan bir yapıdadır. Edinilmiş inançlar, doğumumuzdan itibaren tabi olduğumuz, ailemizin, toplumun ve eğitimimizin öğretilerinden oluşur ve başka öğretilere erişimimizi biçimlendirir, geliştirir, teşvik eder, bastırır ya da inkâr eder. Psikolog C. Tart (1987) olağan bilinci "ortaklıkçılık" olarak ele alır; gündelik farkındalığımızın, içinde yaşadığımız bir kültürün fikir birliği ve inançları üzerine modellendiğini vurgular. Kişinin kendi kültürüyle özdeşleşmesi, kendi farkındalığımızı "nesnel" bulmamıza yol açar. Oysaki durum böyle değildir.

Bilincimizin algısal ve duyusal fakültelerinin en önemli işlevlerinden biri, koşullanmanın yanı sıra, algıda seçiciliktir. Aksi takdirde, bir dışsal uyaranlar yığını içinde kaybolacağımız bildirilmiştir (Ornstein, 1977). Hayatta veya hareketinde daha yaratıcı olabilme arayışında olan bir kişi, er ya da geç bu yapılarla ve bunların koşullamaları ile karşılaşacaktır.

Kişi, kendi yaratıcılığına dair inançlarının sabit veya nesnel olmadığını, değişebilir olduklarını anladığında, farkındalığını dönüştürebilir (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Bilincin Farklı Düzeyleri

Amerikalı psikolog William James şöyle yazıyor: "Rasyonel olarak adlandırdığımız olağan bilincimiz, olası bilinç kiplerinden sadece biridir; etrafımız, olağan bilinçten tamamen farklı, birbirleri ile çok ince perdelerle ayrılmış başka bilinç kipleri ile sarılıdır." (Aktaran Ornstein, 1977).

Oyun, hayal gücü ve düşlem, farklı farkındalık düzeylerine ulaşmaya yardımcı olan araçlardır. Meditatif disiplinler, dövüş sanatları, yoga, müzik ve dans, hepsi, bizi dönüştürebilecek bir

dikkat türüne bizleri davet eden çalışmalardır. Yaratıcı Hareket'te bu dikkate geçiş kapısı, "Ritüel" olarak andığımız çalışma evresinde açılır. Ritüel, doğaçlamayı, oyunu, müziği ve bazen derin dinlemeyi içerir. Oyun, "birincil süreçler" olarak bilinen zihinsel alana kapı açar. Bu, bilinçdışının bir işlevi olan psişenin işlerlik göstermesini sağlamanın yollarından biridir.

Düşlemlerimiz, rüyalarımız, sanat ve oyun, A. Robbins'in (1988) birincil süreçlerimizin yan ürünleri olarak adlandırdığı şeyleri oluşturur. Bunların böyle adlandırılmalarının sebebi, bunların yeni doğan bir bebeğin dünya ile iletişime geçerken kullandığı ilk süreçler olmasıdır. Psikolojide, bunlar, temel içgüdüler, içsel itkiler, iç görü ve basit reflekslerle doğrudan temasta olmalarından dolayı, "ilkel" veya "arkaik" olarak adlandırılır. Bireyler yaşamlarının herhangi bir anında bu süreçlerle tekrar temasa geçebilir ve bunlar ile oynayabilirler. Böylelikle, farklı bir bilince ve yeni bir yaratıcı yanıtı ışık tutabiliriz. Doğaçlama ve kişisel hareketle oyun aracılığıyla, olağan bilincimizi aşan bir meditasyon seviyesine ulaşmamız da mümkündür. Bu durumlarda, hareket deneyimi olağandışıdır: Harekete karar veren, ego, başka bir deyişle irademiz olmaktan çıkar; "hareket ettiriliyor" olduğumuzu duyumsarız (Whitehouse, 2003). Dikkat, konsantrasyon ve bedenin yapmak istediğine teslim olma, bunların hepsi, doğrudan benlikten gelen bir dansın ortaya çıkmasına yol açar. Böyle bir araştırmadan doğan yaratıcılık, doğrudan kendi kaynağından gelir ve farklı bir farkındalığa erişimi sağlar.

Dikkat insanın aktif olmayan enerjilerini ortaya çıkarmak için mükemmel bir araçtır. Dikkatin bedenin durumuna ve düşünce ve duygu arasındaki etkileşime verildiği herhangi bir anda, başka bir enerji akımını, örtük bir biçimde olsa da, hissederiz. Basit bir "anda olma eylemi" aracılığıyla kuvvetler yeni bir hizalanmaya girer. (Segal, 1990).

Beyin

Farkındalığı ve "şimdi ve burada" olmada geçerli beden/zihin süreçlerini incelemek için, bilginin fiziksel temellerinden biri olan beyni göz önünde bulundurmalıyız. 1970'lerdeki beyin yapısıyla ilgili çalışmalar bilincin her iki yarımküre üzerinde dağıldığını göstermiştir. "Nörolojik düzeyde, beynin iki yarımküresi, bilgiyi iki farklı fakat birbirini tamamlayan şekilde işlemek üzere uzmanlaşmışlardır. Sol yarımküre, bilgiyi sağ yarımküreye göre daha lineer bir şekilde işler. Matematik ve dil yeteneklerini ağırlıklı olarak içeren sol yarımküre, bilgiyi daha sıralı bir şekilde işliyor görünmektedir. Öte yandan, sağ yarımküre bilgiyi sola göre daha global olarak işler. Bu bilgi işleme türü, "uzamsal farkındalık" için ve çeşitli bilgi girdilerinin bütünleştirilmesi için avantajlıdır. Örneğin, motor, kinestetik ve görsel bilgilerin bütünleştirildiği ve uzamsal farkındalığın yoğun olarak kullanıldığı dansa sağ yarımkürenin bilgi işleyişi büyük ölçüde etkindir. Bu türdeki bir süreç, karmaşık öğelerin derin düşünülmüş "entelektüel" bütünleştirilmesinden farklı olarak, birden ortaya çıkan iç görüler oluşturmakta gibi görüldüğü bildirilmiştir (Ornstein, 1997). Son zamanlardaki nörolojik çalışmalar iki yarımküre arasındaki farkın daha ince bir fark olduğunu gösteriyor. Zihinsel kabiliyetler beyinde alt bölümlere ayrılmıştır ve bilgi işleme sürecine her bölüm tekil olarak değil, birbirini tamamlayıcı bir şekilde katkıda bulunmaktadır. "Beyin tarama deneyleri iki yarımkürenin de aktif olduğunu ama kararlı herhangi bir eylemin kişinin kendi bilgi işleme biçiminden etkilendiğini göstermektedir. Biçim derken, bir kişinin kendi genetik yapısı, kültürü ve eğitiminin etkileriyle oluşmuş, kişinin içsel ve dışsal dünyayı algıladığı biçimden söz edilmiştir (McCrone, 1999).

Bir dans-hareket terapisi araştırmacısı olan Shaun McNiff, ünlü fizikçi David Bohm'un "bedensel deneyimini ileri düzey fizik problemlerini anlayabilmek için kullandığı"nı yazmıştır. "Einstein gibi o da olguların karmaşık hareketlerine yaklaşımında bir araç olarak sezgisel fiziksel duyularına yaslanmıştır" (Hervey, 2000). Araştırmacıya çalışmasında yol gösteren, yaratıcı iç görüdür. Burada ("şimdi ve burada") olmak istediğimizde veya bedensel bilgilerin

eşzamanlı bir entegrasyonu gerekli olduğunda genellikle devreye giren eşzamanlı ve global değerlendirme araştırmacının çalışmasının bir parçasıdır. Fiziksel duyuları ve duyguları dikkate almak, beynin mantıksal işleyişini, onu reddetmeden, bir kenara almayı ve normalde daha ender kullanılan algısal kapasiteleri ile global işleyişin devreye girmesine izin vermeyi gerektirmektedir. Kişi, eşzamanlı ve sezgisel yanıtlara aşinalık kazanarak, beyninin bu bölümünü artan bir kendine güvenle kullanabilir hale gelir.

İnsan gelişimi açısından, bir bebeğin doğumunun hemen ardından uyarılan ve aktif olmaya davet edilen beynin sağ tarafıdır. Birçok araştırmacının bulgularına göre, bebeğin sağ yarımkürede yer alan duyguları annenin bakımı, oyunu ve “şimdi ve burada” oluşu ile uyarılmakta ve bebek bunlarla duygusal olarak beslenerek büyütülmektedir (Robbins, 1988; Stern, 1987). Motor beceriler ve sözel yeteneklerin edinilmesi yoluyla beynin sol tarafı yönetimi ele geçirmeye başlar. Bu noktada sağ taraf, yani bizlere bilinçli yaşamımızda eşzamanlı zaman/mekân farkındalığı yoluyla yol gösteren taraf, güçsüzleşme riski altındadır.

Yaratıcı Hareket uygulaması sağ yarımkürenin kullanımını yeniden aktifleştirir ve onu tekrar sol yarımküre ile daha uyumlu hale getirir. "Şimdi ve burada" olma ve eşzamanlı duyular ile duyguların akışının farkında olma, sağ yarımkürenin işleyişini güçlendirir. Sol yarımkürenin işlevleri de duyular ve duygulara şekil vermekte, mesela bir dans kompozisyonu oluştururken gereklidir. Ornstein'ın yazdığı gibi: "En yaratıcı sonuçlar bu iki yaklaşımın birbirini tamamlayan işlevlerinin bir ürünüdür." (Ornstein, 1997; Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Zihin/ Beden Bütünlüğü

İnsan, psikosomatik bir varlık olarak kabul edilebilir. Zihnin doğası ve bu terimin farklı kullanımları, çoğu zaman karmaşıktır. Birçok yazar ve bilimsel, felsefi ve dini disiplinler, psişe ve beden arasında yakın bir ilişkinin varlığını vurgulamıştır. Sinirbilim perspektifinden A. Damasio şöyle yazıyor: "Zihnin kökeninin

organizmanın ayrılmaz bir parçası olan beyin olduğu düşünülürse, zihin, bu bir arada dokunmuş mekanizmanın bir parçasıdır. [...] Beden, beyin ve zihin tek bir organizmanın göstergeleridir." (Damasio, 2003). Aynı yazara göre, yakın zamanlı bilimsel bulguların gösterdiği gibi, zihin belirli bir yerde bölgeselleşmiş değildir; tüm bedenin hücrel yapısında bulunmaktadır. Çoğu zaman bedenimizin parçalarını "kaybedebilir", ama daha sonra dikkatimizi onlara yönelterek onları yeniden uyandırabiliriz. Sinirbilimci C. Pert'in (1999) gösterdiği gibi, zihin omurgadan başlayıp organlara ve derinin yüzeyine ilerleyerek, reseptör ve sinapsları ile birlikte sinir sistemi ağı yoluyla anıları dosyalar. Bu durum, zihin/beden süreçlerinin bütünlüğüne işaret etmektedir. Farkındalığın pek çok işlevini kapsayan beyin, hafızanın depolandığı tek yer değildir. Bir hareket, bir şarkı, bir koku ya da anlamlı bir manzara ile bir hatıra tekrar uyanabilir. Bedensel yapı, beyin de dahil olmak üzere tüm parçalarından bilgi sağlamada ve toplamada temel bir rol oynamaktadır (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Dans/Hareket Terapisi Perspektifinden; dans hareket terapisindeki beden/zihin bütünleşmesi, genellikle, önceden bilinçdışı olan hareketlerin ortaya çıkması yoluyla kişinin "kendisi ile ilgili farkındalık kazanması ve bunların kişinin kendisine anlaşılabilir hale gelmesi sürecidir. Kelimeler ve "sözelleştirme" çoğu kez hareket deneyimini anlamayı uyarmak, açıklamak ve arttırmak amacıyla sürece eşlik eder. Bu müdahaleler çok değişik şekillerde yapılmıştır, ama hepsi dansın içinde saklı psikolojiyi kullanır. Dans, bir ifade ve iletişim aracı haline gelir ve bireyin psikofiziksel bütünleşmesini kolaylaştırır. Dans/hareket terapisinde farklı düşünce ekolleri ve uygulamalar olsa da hepsi için çıkış noktası, beden/zihin bütünleşmesidir.

"Şimdi ve Burada" Olma Sanatını Etkileyen Temel ilkeler

Kişinin kendi deneyiminde olabilmesini etkileyen ilkeleri ve bunun yaratıcı süreçle ilişkisi:

- Yaratıcı Hareket rehberinin yönergeleri, öğrencinin dikkat düzeyini yavaş yavaş arttıran bir dinlemeyi teşvik eder.

- Olağan bilinç, sosyo-kültürel bir adaptasyondur.
- Bilincin hem içsel hem de dışsal uyaranları algılama yollarımızı arttıran, pek çok farklı seviyeleri bulunmaktadır.
- Değişik farkındalık seviyeleri arasındaki geçiş, oyunun ve "hareket ettirilme" deneyiminin yolunu açar.
- Kendimizle ilgili bir farkındalık seviyesinden diğerine gidip gelirken deneyim "alanımız" daha kolayca genişler. Kişinin içinde, tüm varlığını kapsayan ve "yaratıcı olma"nın farklı biçimlerini vaat eden bir yanıt oluşur.
- Dikkatin kalitesi, beden/zihin yeteneklerini hizalayarak "burada olma" erişim sağlar.
- İlk amaç birincil süreçlerdeki bütünlük/eşzamanlılığı uyarmak iken, son amaç yaratıcı program sırasında bunu rasyonel/mantıksal süreçlerle bütünleştirmektir.
- Kinestetik duyumu dinlemek, “şimdi ve burada” olma halini derinleştirir ve bunun tam tersi de geçerlidir. Bu ve diğer imkânlar yoluyla, kişi beden/zihin bütünlüğüne erişir.

Yaratıcı Hareket Metodolojisi

Yaratıcı Hareket’te Oyun

Beden: İlk Oyun ve Yaratıcılık Nesnesi

Yaratıcılık, kendimizi dünyada tezahür ettiren, yaptığımız şeylere içsel gerçekliğimizi yansıtan bir güç veya itkidir. Öznel dünyamızı gerçek dünya ile temasa sokan oyun, aynı yaratıcılığın gerektirdiği türde bir konsantrasyon içerir. Yaşamımızın ilk yıllarında yaratıcı itkimiz kendisini oyun aracılığıyla gösterir ve onunla büsbütün örtüşür. D. Winnicott'un temel çalışmalarından biri olan Oyun ve Gerçeklikte yer alan bu merkezi düşünce, belki onun şu tanınmış cümlesi ile en iyi şekilde özetlenir: "Çocuk veya yetişkin oynarken ve belki sadece oynarken, yaratıcı olmakta özgürdür."

(Winnicott, 1988). Yaratıcı Hareket'in öğretim metodolojisinin çıkış noktalarından biri, oyunu teşvik eden koşulların oluşturulmasıdır.

Hepimiz için, ilk oyun nesnemiz bedendir. Birkaç aylık bebekler, ellerinin hareketlerini keşfederler, yeni yeni çıkarmaya başladıkları sesleri, bunu yapmaktan bir zevk duyarak tekrar ederler. Daha sonra oyun, gelişir ve dönüşür ama bedeni daha da yoğun bir şekilde içermeye devam eder. Oyun sırasında hareketler uyumlu bir şekilde akar ve öznel içgüdülerle tetiklenen jestler spontan bir şekilde düzenlenir. Bu durum, oyun kapasitesinin yeniden kazanılmasını, hangi ifade ortamı olursa olsun, en geniş anlamdaki yaratıcılığı zenginleştiren bir öge olarak gören Yaratıcı Hareket'teki temel anlayışlardan biridir. Dans etme, bir enstrüman çalma, resim yapma veya oyunculuk, hepsi, eğer sanatçı bedenine dair oyuncu bir tavır içindeyse, o derece daha otantik olur. Bu yeniden keşif, gündelik yaratıcılıkta da deneyimlenebilir. Oyunun alacağı şekil, çevremizde olup bitene açık bir içsel zihin çerçevesine bağlıdır. Aslında, önceki bölümde tasvir ettiğimiz, "şimdi ve burada"ya odaklı bir dikkati oyunda buluruz. Yaratıcı Hareket, bedenle ve farkındalıkla ilişkilenmede çeşitli yollar üretmeye yönelik pek çok uyaran sunar. Bir sözcük, bir müzik parçası veya herhangi bir nesne (bir kumaş parçası, bir taş, bir çiçek) hareketle ve onunla ilişkili duyuşal-duygusal bileşenle birlikte bir oyunu tetikleyebilir (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Oyun Oynamanın Özellikleri

Bir etkinliğin oyun sayılabilmesi için gereken özellikler:

- Oyun oynamak yapmak demektir. Ne olduğumuzu görünür kılan ve aynı zamanda, iç benliğimizin şekillenmesine ve onu tanımlamamıza katkıda bulunan, içimize doğan bir şeyi yapmak. Daha önce de bahsettiğimiz gibi, bu, ister sadece bir oturma odasındaki bitkileri düzenlemek olsun, ister teknik açıdan gayet donanımlı bir sanatçının ürettikleri olsun, her yaratıcı süreçte yer alır.

- Oyun oynarken, somut sınırlara sahip ve bu sınırlar içinde var olan dış dünya ile dürtüler, arzular ve düşlemlerden oluşan, her şeyin mümkün olduğu içsel dünyayı birbirine uyumla dahil etme yolunu buluruz. Birbirinden belirgin bir şekilde ayrı olan bu iki dünya, oyun oynarken benzersiz bir deneyimle paradoksal bir şekilde bir araya gelebilirler. Oyun deneyimi bizi gerçekliğin ve düşlemin çatışma olmadan etkileşime geçebileceği bir alana taşır. Bu alanda bulunmak, yukarıda yaratıcılığın özü olarak tanımladığımız, alışılmadık bir deneyim akışına kendini bırakmak anlamına gelir.
- Oyun oynamak ayrıca eğlencelidir, heyecan vericidir ve merak uyandırır. Oyun sırasında sık sık gülümsemeler ve rahatlık hissi taşıyan kahkahalar ortaya çıkar; genellikle bir zevk alma duygusu, sağlıklı olma ve hatta özgürleşme ile ilişkilendirilen açık ve spontan ifadeler olarak görülür.
- Kişinin kendi bedeni ile oyun oynayabilmesi yalnızca eğlenceli değildir, aynı zamanda yetişkinlikte çoğu zaman unutilan, bir psikobedensel/fiziksel bütünleşme hissine geri dönüp onu deneyimleme imkânı sunar. Oyun yoluyla kendimizi bulur ve kendimizi bütün hissetmemizi sağlayan bir bağ kurduğumuz hissini yaşarız.
- Oyun oynamak, kişiyi başkaları ile ilişki kurmaya teşvik eder ve aynı zamanda, hem kendini onaylamayı hem de başkaları ile alışveriş halinde olmayı sağlayan bir güven ilişkisi kurmaya yardımcı olur.

Oyun ve Çevre

Oyun doğaldır; sağlıklı oluşun evrensel boyutu olduğu bildirilmiştir (Winnicott, 1988). Dolayısıyla, tüm insanlara ait bir şeydir, ancak bu potansiyelin gerçek yaratıcı bir süreç içinde cisimleştirilebilmesi için bazı çevresel koşullar gereklidir. Bireylerin ya yaratıcı bir şekilde yaşadıklarını ve yaşamın yaşamaya değer olduğunu hissettiklerini ya da yaratıcı bir şekilde yaşayamadıklarını ve yaşamın değeriyle ilgili şüphede olduklarını görüyoruz.

İnsanlardaki bu değişken, her çocuğun yaşam deneyiminin başında ve ilk evrelerinde sağlanan çevresel koşulların niteliği ve niceliğiyle doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir (Winnicott, 1988).

Oyun oynamak, ancak kişi, ebeveyn figürleri ile güven dolu ve sakin bir ilişkiye sahipse mümkündür. Çocuğun kendi etkinliğine konsantre olabilmesi için huzurlu bir güven hissine sahip olması gerekir. Bu huzurlu duruma çocuk, kendini rahat hissettiğinde ve ebeveynin orada bulunmayabileceği korkusu taşımadığında ya da aşırı uyarılmış olmadığında, ebeveyn onun dikkatini sürekli talep etmediğinde ve ona bireysel inisiyatif için alan sağladığında ulaşabilir. Çocukları ve yetişkinleri yaratıcılığı yeniden keşfetmeye veya teşvik etmeye odaklanan bir öğretim metodolojisi oluştururken, psikoloji bilgilerini ve oyunun gelişiminde çevrenin rolünü dikkate almalıyız.

Yaratıcı Hareket'in İlkeleri ve Oyun Ruhu

Yaratıcı Hareket disiplininin ilkeleri:

- Yaratıcı gücü tekrar uyandırmada oyun oynama kapasitesinin yeniden keşfi büyük önem taşır.
- Yaratıcı Hareket'in öğretim metodolojisinin çıkış noktası, oyun oynamayı teşvik eden koşulların oluşturulmasıdır.
- Yaratıcı Hareket, kişinin kendi bedeniyle oyun oynama kapasitesinin yeniden keşfini, en geniş anlamdaki yaratıcılığı zenginleştiren öğe olarak görür.
- Yaratıcı Hareket'e yön veren varsayım, yetişkinler için de bebeklikte oyunun ortaya çıkışını sağlayan koşullara benzer bir ilişki ortamı oluşturmanın mümkün olduğudur.
- Gerekli olan bu ortamın sağlanmasında, rehberin içsel zihinsel duruşu, kendisi ve diğeri için "orada" olma kapasitesi ve yönergelerini nasıl biçimlendirdiği büyük önem taşır (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Doğaçlama

Doğaçlama, hepimizin bir şekilde tanıdığı, bildiği bir şeydir. Günlük yaşantıda doğaçlamadan söz ederken, hazırlıklı olmadığımız ya da planlamadığımız bir durumla karşı karşıya kaldığımızda, sadece o ana uygun bir şeyi yaratabileceğimize dair bir inanca sahip olmayı kastedilmektedir (Blom ve Chaplin, 1988). Doğaçlama yapan kişi, kendini akışa, keşfetmeye, araştırmaya ve hareketlerine form vermeye bırakır; doğaçlama yaparken, aynı zamanda performans halindedir. Doğaçlama, bedenin ilettiği mesajları (duyumlar, imgeler, sezgiler) ve düşünceyi hareketin her bir anında ahenkle bütünleştirilebilecek gerçek yaratıcı süreci gerçekleştirmeye çalışan araçtır.

Yaratıcı Hareket'te Doğaçlama

Yaratıcı Hareket'te doğaçlama yoluyla bedenin farkındalığı tekrar uyandırılır, hareket olasılıkları keşfedilir ve her bireyin dışavurumcu tarzı evrilir. Doğaçlama becerisinin kökleri çocuğun oyun oynamasına yaslanır, ancak yetişkinler için bu alanda pek çok kısıtlayıcı öge söz konusudur. Bu nedenle bazı doğaçlama türleri, yanlış yönlendirici olabilir ve hakiki olma hali ile değil, bunun yanılsaması ile sonuçlanabilir. Kendini dinlemeye yer açılmazsa, bunlar, basit bir egzersiz bileşimi haline gelebilir. Bu yüzden, Yaratıcı Hareket'te doğaçlama, kişinin içsel zihin durumlarını dinlemeye yönelik bir bilinci geliştirmek için gerekli farkındalığı vurgulayan bir şekilde uygulanır. Doğaçlamanın iki ayırıcı özelliği vardır. 1. Süreç sırasında ve sonrasında, ilk kinestetik deneyime dikkat yöneltmeye yapılan vurgudur. Rehber, kendimiz için "şimdi ve burada" olma arayışımızı destekleyen bir rol üstlenir; bunu, belirli bir dikkat niteliğini sürekli olarak vurgulayarak yapar. Daha önce gördüğümüz gibi, kendisi farkındalığa giden bir yol olan doğaçlama, meyvesini verebilmek için, paradoksal bir biçimde, farkındalığa dönüşü gerektirir. 2. Oyun ruhunu arayıştır. Daha önce gördüğümüz gibi, doğaçlamanın ham malzemesini oluşturan yaratıcı kıvılcımların keşfini ve akışını teşvik eden bağlam budur. Bu koşullar, yani uygun dikkat ve oyun ruhu mevcut olduğunda,

doğaçlama, aktif, dinamik, enerji dolu zamanlarla, sükûnet ve benlikle yakınlaşma zamanları arasında uyumlu bir akış sağlar. Sükûnet ve benlikle yakınlaşma zamanları, pasif değildir; bunları yaşarken yeni hareket itkilerinin oluşumlarını sezilebilir ve hissedilebilir (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Doğaçlama ve Yaratıcı Süreç

Doğaçlamaya alışkın olanlar şunu bilir: Daha önceden ilgi göstermedikleri bir beden parçasına dikkatlerini verdikleri zaman bu genelde onları şaşırtır. Beklenmedik bir hareket ortaya çıktığında, buna bir imge ya da uzak bir anı eşlik edebilir. Başka zamanlarda, doğadan bir nesne ya da sadece bir kelime bir doğaçlamayı tetikleyebilir. Hatta doğaçlama, "mevcut herhangi bir kaynaktan gelen bir şey ile yaratmak ya da kurgulamak" olarak anlaşılabilir (Bruscia, 1987). Doğaçlama evreninin sonsuz bir çeşitlilik barındırdığı açıktır. Doğaçlama, bir ilk uyarana bağlı olarak gelişebildiği gibi, bir ilk hareket yapısının az ya da çok koşullandırılması ile de oluşabilir veya bir kişinin yaratıcı sürecin özellikle ilgilendiği bir evresinden de ortaya çıkabilir. Eğitim ortamında, hangi yaklaşımın seçileceği öğrencilerin deneyim düzeyi ile de bağlantılıdır. Bu alan çok belirsiz olduğu için sınıflandırma yapmak, her zaman yanlış yönlendirici olacaktır. Farklı doğaçlama türlerini betimlemek için kullanabileceğimiz kategoriler, hiçbir zaman birbirlerinden net bir şekilde ayrıştırılamazlar çünkü hepsi bir diğeri ile kesişir. Dolayısıyla, aşağıdaki sınıflandırma, her bireyde var olan doğaçlama becerisini aktive etmek için bir yol bulma durumunda olan yaratıcılık öğretmenlerine bir yol gösterici olma amacındadır. Böylelikle Yaratıcı Hareket disiplinde üç tür doğaçlamadan söz edebiliriz:

- Yapılandırılmış doğaçlama,
- Bir uyarandan ortaya çıkan doğaçlama,
- Serbest doğaçlama.

Yapılandırılmış Doğaçlama

Yapılandırılmış doğaçlamada, çıkış noktası, önceden belirlenmiş bir formel öge üzerinden yapılandırılır. Örneğin, bu, rehberin önerdiği ve öglencilerin öğrenmiş olduğu bir hareket sıralaması veya dizisi olabilir ya da hareketler sadece görülmüş, hatta hayal edilmiş olabilir. Doğaçlama yapan kişi, diziyi oluşturan öğelerle oynamada serbest bırakılabilir. Bazen rehber, doğaçlama yapan kişinin araştırma alanını (hafif ağırlıktan güçlüye, ani zamandan süreğene, vb.) sınırlandırabilir veya öğrencinin ritmik varyasyonlar bulmasını isteyebilir. Bazen de doğaçlamada yer alacak hız veya süregidiş önceden tanımlanabilir (hızlı başlamak, yavaş ve akışkan bir şekilde devam etmek, yoğun bir şekilde tamamlamak, gibi), veya uzamsal bir sınırlandırma getirilebilir (sadece düz çizgilerden oluşan bir yol, veya dikey bir yol, veya sadece duvara paralel bir yol izlemek gibi).

Yaratıcı Harekette, yapılandırılmış doğaçlama iki amaç için kullanılabilir. Beden farkındalığını geliştirmek, beden hareket potansiyelini keşfetmek ve yeni beceriler geliştirmek. Tekrar ve çeşitlemeler, içsel deneyimle hareketin formu arasında bağlantıyı teşvik eder. Kompozisyon yöntemleri ile denemeler yapmaktır. Beden/zihin bütünlüğü açısından bakıldığında, bu doğaçlama türünde yapılandırmanın, güçlü bir destekleyici öge işlevi gördüğünü söyleyebiliriz. Bu özelliği, bu doğaçlama türünü, kinestetik bilinci henüz az olan başlangıç düzeyindekiler için uygun kılar.

Bir Uyarandan Ortaya Çıkan Doğaçlama

Bu türde bir doğaçlama, yapılandırılmış bir koşullamanın olmadığı bir durumda, herhangi bir uyarıcı aracılığıyla ortaya çıkabilir. Daha önce değindiğimiz gibi, bu uyarıcı çok farklı şeyler olabilir: Bazen, sadece bir sözcük (örneğin, çember), bazen bir imge, bazen doğadan bir şey (bir taş, bir çiçek, bir yaprak) olabilir. Bu doğaçlama türü, kişinin uyarıcıya karşı bedensel tepkilerini gözlemlenebilirlik kapasitesinin bir miktar gelişmiş olmasını gerektirir. Burada söz konusu olan, uyarıcıyla zihinsel bir uyum içeren hareketler bulmak değil, bedene ve aynı zamanda, bir farkındalık kaynağına,

uyaranın varlığı karşısında konuşmasına izin vermektir. Yaratıcı Hareket'te bu doğaçlama türü, bir öğretim seansında merkezi bir yer teşkil eder ve disiplinin çekirdeğini oluşturur. Bunun aracılığıyla, araştırmayı stimüle etmeyi amaçlarız ve son formun nasıl olacağına dair düşüncelere dalmadan yaratıcı itkilerimizi serbestçe araştırabilmeye kendimizi bırakırız. Böylelikle, gerçekliğe yeni bir yaklaşım oluşmaya başlar, her bir tekil duyusal kanalı aşan evrensel bir algı açılır. Bu durumda, beden/zihin bütünlüğü farkındalığının gelişimi, dikkatin bir uyarana yönlendirilmesi ile desteklenmektedir.

Serbest Doğaçlama

Kuralların ve koşullandırmaların olmadığı bir ortamda, serbest doğaçlama, beden/zihin bütünlüğünde ileri düzey bir farkındalık gerektirir. Yaratıcı Hareket disiplinde bu doğaçlama türü, sadece eğitim sırasında, ileride alanda eğitici olacaklara temel bir kaynak olacak şekilde çalışılır. Serbest doğaçlama, Yaratıcı Hareket öğretmenlerinin kendi doğaçlama becerilerini canlı tutmalarına yardımcı olur; bunu yapabilmeleri, öğrencilerin ihtiyaçlarına uygun sözcükleri bulabilmeleri ve öğrencilere model olan bedensel yaklaşımlarını onların ihtiyaçlarına uyarlayabilmeleri için gereklidir.

Yaratıcı Sürecin Evreleri

19. ve 20. yüzyıllar arasında fizyolog Helmholtz ve matematikçi Poincare'nin ilk çalışmaları sonrasında, yaratıcı süreci oluşturan evreler için çok sayıda sınıflandırma yapılmıştır. Bunları yakından ele alan derinlikli bir inceleme sonrasında Silvano Arieti (1979) bu evrelerin dörde indirilebileceğini savunmuştur:

- Hazırlık evresi
- Kuluçka evresi
- İlham veya aydınlanma evresi
- Doğrulama evresi

Yaratıcı Hareket'te de ifade ürünü, sadece içsel bir ifade olup olmadığı üzerinden değerlendirilebilir. Yani, bir jestin güzel olması beklenmiyor; insanın en saklı içgüdülerinde hâlihazırda var olan şeyi görünür kılmayı beklenmektedir. Bu nedenle, önerilen sınıflandırmada, son evrenin adı “doğrulama evresi” yerine “kendini değerlendirme evresi” olarak değiştirilmiştir.

Tüm başlangıç çalışmaları, hazırlık evresinde yapılır. Bu, kişinin zihnini, kendine ve dünyaya açık bir halde, bunlardan toplayabileceği bilgileri (malzemeler, fikirler veya sadece itkiler) toplayabilmek için serbest bıraktığı zamandır. Süresi çok değişkenlik gösteren kuluçka evresinde, açık olma hali ve araştırma yaklaşımı sona ermiştir, ancak kişi hâlâ sürecin ne yöne gideceğini bulmamıştır. Bir sükûnet hali veya sessizce bekleme görülür ki bu hazırlık evresindeki tipik etkinlik halinden oldukça farklıdır. Çoğu kısmı, bilinçlilik dışında gerçekleşen bir süreçtir. Pek çok durumda, kişi bu sürecin nasıl gerçekleştiğini betimleyemez, fakat gerçekleşmekte olduğunu belli belirsiz bir halde hisseder. Bazı sanatçılar ve yaratıcı kişiler, kişinin hâlâ bir düzen bulamadığı, bir rahatsızlık duyduğu bir zamandan söz ederler; kişinin bir kaos duygusu yaşadığı, hissedip düşünmeye yönelik farklı girişimlerin çıkmazlara vardığı bir zamandır. Aydınlanma bir anda gelir; kişi berrak bir zihin durumu yaratan bir sezgi anı yaşar. O andan itibaren, yaratıcı sürecin bir yönü vardır ve ileriye doğru bir yöne işaret eder; bu çoğu zaman tam net olmasa da stimüle edicidir. Bu an, bir sonraki evreye geçişe yönelik güçlü bir teşvik ve akış içerir. Kendini değerlendirmede sezgiler somut bir form almaya başlar. Kişinin kalbinde ve zihninde kavranan ilk imgeye sürekli dönerek üzerinde değişiklikler yapılan bir formdur. Yaratan kişi kendi yaratımını gözlemler ve onu sezinlediği forma yaklaştırmak için giderek rafine eder. Yaratıcı Hareket'te, ilk karalamalar halindeki hareket sıralaması bilenir ve ritmik olarak ayrıntılandırılır ve ortaya koyuş geliştirilir. Bu evre ayrıca, gerçekliğin getirdiği sınırlarla yüzleşme anıdır. Aynı bir heykeltıraşın malzemesinin yoğunluğu ve niteliği ile sınırlı oluşu gibi, dışavurumcu hareket de bedeninin somut niteliği ile sınırlıdır.

Arieti, her bir evrenin süresinin değişkenlik gösterdiğini ve evrelerin birbirleri ile örtüşüklerini, yer değiştirebildiklerini ve tekrar edebildiklerini vurgular. Pek çok sanatçının, "aydınlanmayı hep yaratıcı veya sanatsal sürecin başında" yaşayan ve "son formun ortaya çıkışının bir dizi kuluçkalar ve aydınlanmalardan geçerek gerçekleştiğini" gören kendisi ile hemfikir olabileceğini belirtir. Yaratıcı süreç, onu evreleri ile tanımlamaya çalışmamızda, tüm elle tutulamaz hali ile görünür; en önemli kısımları olan kuluçka ve aydınlanma gizemli olarak kalır. Bunlar farklı anlarda yaşanabilir ve farklı derecelerde önem taşıyabilirler. Yine de evreler üzerinden düşünmek bir açıdan yararlıdır; yaratıcılığı teşvik eden etkinlikler planlarken göz önünde bulundurulması faydalı olur. Kuluçka evresinin ve aydınlanmanın öğretilmesi mümkün olmasa da kişileri bunların ortaya çıkışını kolaylaştıran durumlara sokmak mümkün olabilir (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Hareketle Yaratma

Hazırlık, bir beden/zihin uyumlanması süreci ile gerçekleşir. Bu süreç, bir yandan bedeni aktive etmeyi ve onun somut boyutları ile çalışmayı içerir, bir yandan da kişinin dikkatini bedenden gelen çok sayıda veriye yöneltmesini gerektirir. Bir hareketle yaratma sürecine başlamak için, ısınmaların ve çeşitli hareket örüntüleri ve sıralamaları ile denemelerin, kişinin içsel deneyimine açık, alıcı bir bilincin geliştirilmesine paralel halde gerçekleşiyor olması gereklidir.

Araştırma ve keşif, yaratıcılığın kuluçka evresinin hareket aracılığıyla görünür kılındığı hallerdir. Ulaşılabilecek bir formu düşünmeden, önyargısızca, oluşan hareketlerin akmasına izin vermek, bu evrenin belirleyici özelliğidir. Keşif, belli hareketlerin herhangi bir nedenle (en haz verici olanlar olabilir, en şaşırtıcı olanlar olabilir, "uygun" geliyor olabilirler, vb.) hareket edenin bilinçliliğinde öne çıkması ile gerçekleşir. Değindiğimiz gibi, aydınlanma, yaratıcı süreç zarfında farklı zamanlarda ortaya çıkabilse de hareket alanında bazı kendine özgü nitelikler taşır. O

anda kişi, dikkat ve hareketin kendisi arasında bir birlik olduğu bilincinin farkındadır.

Hareketle yaratımda kendini değerlendirme, kombinasyonlar oluşturma ve kompozisyona yönelik seçimler yapma süreçleriyle hareket dilinde görülebildiği gibi, icra etme ve sahneleme anlarında da yaşanabilir. Kişinin kendi dışavurumcu hareketi için bir form tasarımı, önceki bir anda keşfedilmiş olan hareketlerin kombinasyonu ve kişinin dışavurumcu niyetine en uygun olanın sürekli olarak seçilmesi ile gerçekleşir. İcranın giderek rafine edilmesi, form vermenin son anı olabilir. Ortaya koyuştaki netliğin derecesi, yaratıcı süreci gerçekleştiren kişinin yaşı ve deneyimine bağlı olacaktır (Plevin, Garcia ve Macagno, 2018).

Dans ve Hareket Terapisinin Kuramsal Temelleri

z-gözlem, çalışmamızın teorik ve kavramsal olarak değerlendirilmesinde hep döndüğümüz sabit bir nokta olmuştur. Uzun dans kariyerleri Yaratıcı Hareket'in "ham maddesiydi; doğaçlamanın ve kompozisyonun temelleri ise, metodolojinin üzerine inşa ettiği öğrenme araçları olmuştur. Psikolojik araştırmalar ve dans/hareket terapisindeki son dönem çalışmalar, beden, hareket ve form analizindeki netliği ve spesifikliği ile Laban/Bartenieff kuramının metodolojiye dahil edilmesinin büyük önem taşıdığını göstermiştir.

Rudolph Laban (1879-1958): Avusturya'da doğmuş bir dansçı, koreograf, bestekr ve mimardır. O zamana göre, özellikle modern dans için, tamamen yenilikçi olan sanat etkinliklerini uygulayarak Avrupa'yı dolaşmıştır. Devrimci nitelikteki fikirleri, daha sonra "Laban Hareket Analizi" olarak anılacak sistemin temellerini atmıştır. Yapmış olduğu çok çeşitli araştırmalar dolayısıyla bir "klasik Rönesans adamı" olarak anılır.

Irmgard Bartenieff (1900-1981): Amerikan Dans Terapisi Derneği'nin kurucularından biri olup Laban'ın öğrencisidir. Fizik tedavi uzmanı ve Laban hareket sisteminin araştırılmasında dünyada önde gelen bir kişidir. Araştırmasıyla, bedenle içsel bağlantının

önemini tanımlanmaya ve betimlemeye başlamıştır (Bartenieff ve Lewis, 1980).

R. Laban ve I. Bartenieff in Teorisi ve Uygulaması: Madalyon metaforu üzerinden gidilirse, bir tarafta Laban/Bartenieff teorisi ve öteki tarafta Otantik Hareket vardır. Laban/Bartenieff tarafı; hareket analizi ve tanımlaması için açık, kısa ve öz bir sözcük dağarcığı sunmaktadır. Bu sistem, beden işlevi ve ifadesi arasında bir etkileşim geliştirir. Böyle bir sistem, yaratıcı ifadelerle kapı açmaktadır. Her bireyin kendi kişisel hareket ediş tarzının taşıdığı anlamı keşfetmesini sağlar. Madalyonun öteki tarafında olan Otantik Hareket; beden hareketini bir başka yönden canlandıran ve ilham veren bu pratik, bizi bilinçdışını keşfetmeye davet etmektedir. Dolayısıyla, kendi kişisel kategorilerimizi, kendi kişisel kültürel ve tarihsel özgeçmişimizden kaynak alan ve genelde öz-farkındalığımızın dışında kalan inançlarımızı tanımayı öğretir. Otantik Hareket'in uygulanma şekli beraberinde, "o, hareket eden" ile "o, hareket edene şahit olan" (şahit) arasındaki farkı en başında ortaya koyan işlevsel bir öge getirmektedir. Bu pratiğin eğitimi, bizim aynı anda kendimize ve başkalarına nasıl bir şahit olduğumuzu öğrenmeyi içermektedir.

Otantik Hareket

Otantik Hareket: Özgül parametrelerce belirlenmiş ve ruhsal büyüme, yaratıcılık için bir araç ve spiritüel farkındalığa doğru bir yol olarak kullanılan bir disiplin ve uygulamadır. Altmışlı yıllarda M.S. Whitehouse tarafından geliştirilen bu yöntem, başta "derinlikli hareket" olarak anılmıştır (Whitehouse, Adler, Chodorow, 1999). Kökleri C.G. Jung'un Aktif İmgelem metoduna dayanan Otantik Hareket, 1970'lerin başında Amerika'da dans/hareket terapisinin (DHT) önde gelen isimlerinden olan Mary Starks Whitehouse sayesinde DHT ve derinlik psikolojisinin tanışmasıyla ortaya çıkmıştır. Onun öğretilerinden iki önemli dal filizlenmiştir: Jungçu analist ve dans/hareket terapisti Joan Chodorow tarafından devam ettirilen bir dal ve dans/hareket terapisti ve mistik öğretiler doktoralı Janet Adler devam ettirilen bir diğer daldır. Otantik hareket, kişinin

gözlerini kapatarak en derin ve yoğun hareketlerini dinlemesini gerektiren ve bütünüyle kişinin kendi yönlendirdiği bir çalışma olduğu için, hâlihazırda yol kat etmiş olan bir psikolojik ayrışma süreci ve kişinin içsel dünyasını özerk bir şekilde keşfedebilecek, sağlam bir ego gerektirir. Kişinin bilinç durumunda çok net değişimleri tetikleyen çok derinlikli ve karmaşık bir çalışmadır. Görsel duyudan mahrumiyet, içsel şahidin keşfine ve gelişimine yol açar. İçsel şahit benliğin, kendi deneyimlerini, psikik hareketlerini ve bedeni gözlemleyen tarafıdır. Bu şahit, içsel süreçleri şartlandırmadan izler. Mantık düzlemini öne çıkarmadan, an deneyimlemenin bütün seviyelerine (duyusal, duygusal, imgesel ve düşünsel) açıktır. Şahidin varlığı daha yüksek bir bilincin göstergesi olmanın yanı sıra, en otantik hareketlerin doğduğu kişisel derin bir kinestetik akışın başlamasına da olanak tanır. Böylece "hareket etmek ve hareket ettirilmek", irade veya teslimiyet tarafından yönlendirilmeye kendini bırakmak deneyimi keşfedilir. Bu sayede kişisel eylem için, hareketsizlik olasılığı dahil, çok çeşitli uyaran ile tanışılır. Görmek ve görülmek ile beraber, kişinin neler deneyimlediğinin sözel paylaşımları da bu öğretinin parçasıdır. Sözlerle veya hareketin diliyle paylaşmak kişinin veya grubun ruhunda yeni psikik ve şiirsel alanlar açar.

Otantik Hareket'in Yaratıcı Hareket Eğitiminde Kullanımı

Eğitimin üçüncü yılında gösterilen Otantik Hareket öğretisini, öğrenci, büyük değer taşıyan, vazgeçilmez bir bilgi olarak özümser. Buradaki amaç, şimdi ve burada oluşu ve öğretmen/yol gösteren olarak iletişim kurma becerisini derinleştirmektir. Öğrenci içsel şahidine ulaşmayı öğrenir. Bu içsel şahit:

- Hareket etmek ile hareket ettirilmek arasındaki fark anlar: irade ve teslimiyet arasındaki farkı anlar, bu farkın yaratıcı bir eylemi tamamlamadaki etkisini görür.
- Kendinde ve başkalarında yaratıcı hareketin başlangıcı olabilecek en küçük içsel dürtülerin önemini görür ve takdir eder.

- Kendi kişisel duygularını kaydedebilir ve düzeltebilir: Rehberin bedeni, kendine ve çevresine karşı daha alıcı hale gelir. Grubun atmosferini içine çekebilir ve yaratıcı sürecin evreleri sırasında, bunları yönlendirmede nasıl ve ne zaman işaret vereceğini ve bunları doğru tempo ve ritimle yapabilmeyi öğrenir.
- Görmek ve görülmek: İçsel şahitle iletişime geçmek ve onu dinlemek kişisel yargıların farkına varılmasına yardımcı olur, ve bu sayede kişisel hareketi etkiler. Başkalarını izlemede yargısız bir kapasitenin gelişmesini sağlar.
- Bir bilinç durumundan öbürüne akışa şahit olur: Dinlemenin derinliği arttıkça kendi içinde ve başkalarındaki nitel değişikliği görebilir.
- Hareket dilini sözel olmayandan sözele getirir, bir hareketin kişinin kendi dilinde kalmasını sağlar, başkasının diline aynı anda hem şiirsel hem somut bir şekilde, yorumlamadan veya analiz etmeden, "şimdi ve burada"da kalarak şahit olur.

Laban/Bartenieff Teorisi

Hareketle düşünme, kişinin zihninde olup bitenlerle ilgili izlenimlerini, bunun için terim bilgisi olmadan toparlaması olarak görülebilir. Bu düşünme tarzı, kelimelerle düşünmenin aksine, dış dünyada oryantasyona hizmet etmez ancak yaparken, uygularken ve dans ederken, dürtülerin sürekli dalgalandığı ve bir çıkış noktası aradığı, kişinin iç dünyasındaki oryantasyonunu mükemmelleştirir (Laban, 1980). Yaratıcı Hareket çalışmasına başlayan öğrenciler, farklı seviyelerde beden farkındalığına sahiptir. Bu teorileri ve pratikleri öğrenerek ve uygulayarak, aşağıdaki sorular genişletilir ve damıtılır:

- Bedenimin hangi parçası hareket ediyor?
- Nasıl hareket ediyor?
- Nerede hareket ediyor?

- Bedenim kendisiyle, başkalarıyla ve çevreyle nasıl bir ilişki içindedir?

Laban'ın çalışmaları, onun çalışma arkadaşları ve öğrencilerinin araştırmaları ile zaman içinde gelişmiştir ve bunlar bugün Amerika Birleşik Devletleri'nde Laban/Bartenieff kuramı olarak bilinmektedir. Kuram, dört temel alan içerir: Beden, efor (dinamik, enerji), mekân ve form. Warren Lamb kurama form alanını tanıtan ilk kişidir. Irmgard Bartenieff beden alanında çok önemli çalışmalar yapmıştır ve Peggy Hackney form ve beden alanlarını netleştirmiştir.

Yaratıcı Hareket, bu teoriyi, bir seanstaki üç hareket evresini ("Ritüel", "Yaratıcı Hareket'i Deneyimleme" ve "Form Verme") planlamakta bir araç olarak kullanır. Teorik öğeler, bir hareket doğaçlamaları yelpazesi aracılığıyla öğretilir; bu vesileyle öğrenciler kendi özgün ifade tarzlarını anlarlar ve kendilerinin genel hareket paternlerini fark ederler. Burada olmanın önemi ve oyunun önemi, bu deneyimleme sürecinde yer alan unsurlardır. Dikkatin alanlardan birine yönelmiş olması, her harekette ve duruşta örtük olarak var olan diğerlerini dışarıda bırakmaz. Her bir alan, doğaçlama olsun, kompozisyon olsun, bir yaratıcı süreçteki farklı bir odağa işaret eder.

Beden

"Hangi parça hareket ediyor?"

"Hareket nerede başlıyor?"

"Bütün bedene nasıl yayılıyor?"

Laban/Bartenieff teorisinin aşağıdaki noktalarını araştırırken, bazı önemli cevaplar bulabiliriz:

- Çeşitli beden parçalarının eklemliliği (teker teker hareket edebilme becerisi)
- Bedensel bağlantılar: Tekyanlı (unilateral), çiftyanlı (bilateral), üst, alt, çapraz, ve tüm bedenin bütünlüğü.

- Bedenin mekânda hareketi
- Çeşitli hareketlerin sıralı organizasyonu: eşzamanlılık ve sıralılık birbirini izleme

Peggy Hackney'in bedendeki bağlantıların temel örüntüleri, çocukluktaki ilk birkaç senede gelişen hareketlerin temel nörolojik örüntüleri üzerine kurulmuştur, ama sadece çocukluktaki hareketlerle sınırlı değildir. Hackney'in odağı duyuşal-motor becerilerdir; buna göre bu bağlantılar ve onlara denk düşen içsel algılar, kinestetik duyunun temelini oluşturur. İsimleri çeşitli bölgeleri ifade etse de, bu bağlantı örüntüleri bütün bedeni düzenler:

- Nefes, hücreşel ve akciğer ile ilgili (pulmoner)
- Bedenin merkezi ve uçları (yani, kollar ve bacaklar ve hatta kuyruk sokumu) arasındaki bağlantı
- Baş ve kuyruksokumu arasındaki bağlantı
- Üst beden ve alt beden arasındaki bağlantı
- Homolateral bağlantı ve bedenin iki yarısı arasındaki, sağ/sol bağlantı
- Kontra veya intralateral (bedenin iki yarısı arasındaki çapraz) bağlantı

Mekân

"Bedenim mekân içinde nerede hareket ediyor?"

"Kişisel alanımın eylem küresi nedir?"

"Kişisel alanımı dış dünyaya nasıl taşıyorum?"

Bu alan şunları içerir:

- Genel alan ve kişisel alan (kinesfer)
- Seviyeler: düşük, orta, yüksek
- Boyutlar: dikey, yatay, sağıtal

- Düzlemler
- Üçboyutlu şekiller
- Uzamsal gerilim örüntüleri: merkezi, çevresel, çapraz

Efor

"Bedenim nasıl hareket ediyor?"

"Hareketimin niteliğini etkileyen düşünceler ve duygular neler?"

"Çevre hareket niteliğini nasıl etkiliyor?"

Laban'ın kavramsallaştırması için kullanılan "efor" kelimesi, Almancada "bir organizmanın tanınma aciliyeti" anlamına gelen Antrieb kelimesinin karşılığı olarak kullanılmaktadır (Bartenieff ve Lewis, 1980). Eforlar, hareket sayesinde, ağırlık (yerçekimi gücü), zaman ve mekân gibi çevresel faktörlerle iletişime geçen çeşitli dürtülerdir. Kişilerin kendi kinestetik enerji yatırım biçimlerinin sonuçlarını temsil ederler. Akış, durağanlıkta bile, "durdurulmuş veya engellenmiş akış" ile "serbest akış" karşıt uçları arasında gidip gelen tonik değişimin (kas gerginliği değişiminin) birincil unsurudur. Akış, ağırlık, zaman ve mekan unsurlarına yüklenen değer, iki karşıt uç arasındaki sürekliliğin sunduğu geniş bir olasılık yelpazesine göre değişkenlik gösterir: Hafif/bırakan değerler ile yer çekimi, zaman ve mekana direnen zıt değerler. Ağırlık eforları niyet enerjimizi, mekân eforları dikkat etme biçimimizi ve zaman eforları da karar verme biçimimizi belirler. Herkes eforları farklı şekillerde birleştirir. Bu kombinasyonlarda detayları, kişinin hareket biçiminin dışavurumcu niteliklerini görürüz.

Form

"Bedenimin şeklini değiştirdiğimde içsel tutumum ne oluyor?"

"Kendimle ve kendi tepkilerimle ilişkilenişim değişiyor mu?"

"Çevremdeki diğerleri ile ilişki kurmak için değişiyor muyum ve/veya bedenimi onlarla iletişimde olmak için etkin bir şekilde biçimlendiriyor muyum?"

Bedenin kendini mekâna uyarlayışı veya mekânda biçim alışışunları içerir:

- Bedenin genişlemesi/yayılması ve büzülmesi arasındaki değişen ritmi betimleyen form akışı (zevk veren veya rahatsızlık veren uyaran karşısında bedenin değişen formları arasındaki akış).
- Öncül basit hareket örüntülerinden (mızrak-gibi, yay-gibi ve şekillendirme) evrilen, daha artiküle olmuş hareket türleri.

"Konuşan" Beden

Bir sandalyede oturduğunuzu ve bir kitaba göz atmak istediğinizi düşünün. İçinizden ilk gelen hareket dürtüsü kolunuzu hareket ettirip uzanmak (doğrudan mekânsal efor) ve kitabı raftan almak olacaktır. Uzanırken kolunuzu ve elinizi bedeninizden de öteye uzatmanız (kişisel alanınızı genişletme) gerektiğini fark edersiniz. Kitap çok yukarıdadır ve iskemleye çıkmanız gerekir. İskemleye çıkma eforu, ayak parmak uçlarınızın (aktif ağırlığınızı kullanarak), yerçekimini yenmek için yeri itmesiyle başlar. Aynı zamanda sırtınızın duruşunu ağırlığınızı arkadan öne alarak değiştirirsiniz (sajital düzlem kullanımı). Hızlıca ayağa kalkarsınız (ani zaman). Kitabı aradığınız yerde bulamayınca, sinir sisteminizin kontrol ettiği o gerginlik ile alnınız kırışır (süreğen akış). Aynı gerginlik, gözleriniz daha yüksek raflarda kitabınızı ararken nefesinizi tutmanıza neden olur. Kitabı gördüğünüzde nefes verirsiniz (beden hacminin değişimi), uzanırsınız (üst bedenin nesneye doğru uzanması) ve eliniz nesneyi size doğru taşır.

Yaratıcı Hareket'te Laban/Bartenieff Teorisinin Kullanımı

Laban/Bartenieff modeli Yaratıcı Hareket metodolojisini destekleyen bir omurga görevi görür. Çok yönlü bir şekilde yararlı olur:

Tek bir ders veya bütün bir eğitim programı planlarken ve açıklarken:

- Hareketi oluşturan öğelerin tanınmasını sağlar.
- Öğrencilerin geniş bir hareket repertuarı üzerinden çalışabilmeleri için onlara hareket serileri oluşturmada yol gösterir. Belli bir repertuarın kazanımına kapıyı açarak, çeşitli hareket biçimlerinin benzer şekilde tekrarlanması yerine, yaratıcı sürecin gelişiminde, hareketin kişisel anlam yüklenmesi ile olası eforları destekler.
- Bu öğelerin kombinasyonu ile ritmik ve cümlelenmiş bir yapı sunar.
- Doğaçlama için uyaran sağlar.
- Yaratıcı fikirler sunarak hareket kompozisyonu yapabilmeyi destekler.

Öğrencilerin kendilerini gözlemlene kapasitelerini geliştirirken:

- Yaratıcı projelerin değerlendirilmesini kolaylaştırır.
- Kişinin kendisinin ve başkasının eserlerini değerlendirmesinde mükemmel bir temel sağlar. Laban/Bartenieff teorisi, kendi yaratımlarımızı değerlendirirken ve analiz ederken bize yön gösterir.

Rehber rolündeyken:

- Rehberlik ettiğimiz grupla senkronize olma becerimizi geliştirir.

- Öneriler, yönergeler sunma, bazı şeylere işaret etme için yollar ve zaman bulmada ve deneyimi ve anlamını derinleştirmede bize yardımcı olur.
- Rehberlik ederken, kişinin kendi fiziksel yaklaşımına dair farkındalığını geliştirir ve yargılamayan bir ortam oluşturmada bu yaklaşımın önemini vurgular.
- Yaratıcı süreci zenginleştiren duygusal detayları tanımayı kolaylaştırır.

İşsel deneyimimizdeki dalgalanma, hareketlerimizi oluşturan öğelerin, özellikle eforlarımızın sürekli değişiminde kendini gösterir. Aynı zamanda, akış, ağırlık, mekân ve zamanla, niyetli ve bilinçli bir şekilde deneyler yapmak, ruh halimizde de değişiklikler uyandırır. Ayakları yere sertçe vurmak, coşkunluk veya sinirlilik yaratabilir, düz çizgiler halinde yürüme tatmin edici de olabilir, rahatsız edici de. Nefesi gevşetmek, bazıları için bir rahatlama olabilir ama bazıları için özellikle çok zor bir şey olabilir. Ani ataklar halinde hareket etmek veya aniden yön değiştirmek, stimüle edici de olabilir, bir kafa karışıklığı da yaratabilir. Eforlar ile "canlılık duygulanımları" (Stern, 1987) birbirlerine o kadar yakın kavramlardır ki birini betimleyen kelimeler öbürünü betimleyenler ile aynı olabilir. Çok enerjik veya uyuşuk, patlamaya hazır veya çabucak yok olabilecek gibi, keskin veya belirsiz hissedebiliriz veya aynı kelimeleri insanlarda hareket niteliklerini açıklamak için kullanabiliriz. Bu sebeple eforlar ve nitelikleri arasındaki farkları hissedebilmek, kişinin kendini, yaratıcı süreci zenginleştiren çok çeşitli duygusal nüanslara açabilmesi demektir. Kişinin kendi ruh halinin dinamikleri ile tanışık olması, yaratıcı süreç sırasında ortaya çıkabilen bu yoğun duyguları kontrol edebilme kapasitesini güçlendirir.

Dans Ve Hareket Terapisi Ve Bakım

Bakım hemşireliğin merkezinde yer alır ve hemşireliğe, bireyin tüm gereksinimlerine odaklanan bütüncül bir bakış kazandırır. Dinamik bir etkileşim içinde bireye özgü kararlar

vermeyi gerektiren, değişim için yaratıcı önermeler üreten, davranışsal ve entelektüel nitelikleri kapsayan bu yönü hemşireliği bir bakım sanatına dönüştürür. Günümüzde sağlık sisteminin ve bu alanda hizmet veren tüm mesleklerin, yasa ve yönetmeliklerini, mesleki eğitim ve uygulamalarını, kişilerin fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entellektüel açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanan optimal sağlık durumuna ulaşmalarını sağlamaya yardım edecek biçimde dönüştürmeleri gerekmektedir. Bu durum; yaşam tarzı değişiklikleri, farkındalığın sağlanması, davranışın değiştirilmesi ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi faaliyetler aracılığıyla sağlanabilir. Bu aynı zamanda, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Çoğu sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri, sosyal öğrenme ve davranış teorilerinden adapte edilmiş ve epidemiyoloji, biyoloji ve sağlık bilimlerine uyarlanmıştır. Sanat ve yaratıcılık çoğu zaman bunların dışında kalmıştır. Ancak günümüzün sağlık anlayışı, yaratıcı düşünme, sezgisel ve estetik bilme, ruhsal farkındalık, bütünleşme ve olgunlaşma gibi sağlığın geliştirilmesinde son derece önemli olan kavramların sağlık bakımına entegre edilmesini zorunlu kılmaktadır. Sanat yapma ve ortaya çıkarma süreçlerinin incelenmesi ve bu sürecin sonunda oluşan estetik duyumların gelişimi, hem sağlığın geliştirilmesi, bireyin büyüme ve olgunlaşmasında, hem de hastalık durumunda iyileşme ve onarımda önemli bir işlev görmektedir. Aynı zamanda sağlık meslek üyelerinin mesleki olgunluk ve gelişmişlik düzeylerine katkı sağlayarak, zorluklarla başa çıkmada yaratıcı çözümler üretme, tükenmişlik ve yetersizlik durumlarından korunma ve daha doyumlu çalışmalarına katkı sağlamaktadır (Eren, 2015).

Sanat psikoterapilerinin en yaygın kullanım alanlarından olan ruh sağlığı alanında, gerek sanat terapistleri gerekse psikiyatri hemşiresi, psikolog, psikolojik danışman gibi ruh sağlığı çalışanları, sanat terapisini bağımsız veya kendi klinik uygulamalarına entegre ederek kullanmaya yönelmiştir. Ülkemizde de sanat, yaratıcılık ve hemşirelik arasındaki bağlantının önemini vurgulayan, sanatı bir iyileştirme aracı olarak kullanan çalışmaların sayısının giderek

artmakta olduğu gör÷lmektedir (Çoşkun, Yıldız ve Yazıcı, 2010; Çam, Turgut ve Büyükbayram, 2014; Eren,2015).

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin yaratıcılıklarının farkına varmaları, geliştirmeleri, hem özel hem de mesleki hayatlarında yaratıcı girişimlerde bulunmaları, en başta kendilik algılarını ve ruhsal gelişmelerini olumlu etkileyecektir. Sorunlarla baş etme ve dayanıklılık becerilerini artıracak ve hemşirelere daha doyum verici mesleki/sosyal yaşam sağlayacaktır. Daha sonrasında ise bu özelliklere sahip hemşirelerin vereceğı ruh sağlığı hizmetinin kalitesi de yüksek olacaktır. Her bir insanın hak ettiğı kaliteli ruh sağlığı hizmeti ile toplumumuzun gelişimi de artacaktır (Çam, Turgut ve Büyükbayram, 2014).

Dans Ve Hareket Terapisiyle İlgili Yapılan Çalışmalar

Bräuninger (2012) streten muzdarip 162 hasta yaptığı randomize kontrollü çalışmada, katılımcılar rastgele kontrol grubuna ya da Dans Hareket Terapisi uygulanan gruba atanmıştır. Deney grubuna 10 oturum DHT uygulanmıştır. Kısa Semptom Envanteri başlangıçta ve on seans sonra ve terapiden 6 ay sonra uygulanmıştır. Olumsuz stres yönetimi stratejileri kısa vadede Dht sonrası ($p < .005$) ve uzun vadede izlem testlerinde ($p < .05$) önemli ölçüde azalmıştır. Obsesif Kompulsif ($p < .05$), Kişilerarası Duyarlılık ($p < .10$), Depresyon ($p < .05$), Anksiyete ($p < .005$), Fobik Anksiyete'de ($p < .01$), Psikotiklik ($p < .05$) ve Pozitif Belirti Sıkıntısı ($p < .02$) kısa süreli önemli iyileşmeler gözlenmiştir. Kişilerarası Duyarlılık ($p < .05$), Depresyon ($p < .000$), Fobik Anksiyete ($p < .05$), Paranoid Düşünme ($p < .005$), Psikotik ($p < .05$) ve Küresel Önem Derecesi Endeksi ($p < .01$) uzun süreli iyileşme anlamlı bulunmuştur. Sonuçta, Dht grup tedavisinin stres yönetimini iyileştirmekte ve psikolojik sıkıntıyı tedavi etmekten daha etkili olduğunu göstermektedir. Dht'nin etkilerinin zamanla devam ettiği bulunmuştur (Bräuninger, 2012). Ho ve ark. (2015) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, çok hafif ve hafif demansı olan iki yüz bir yaşlı katılımcı taranmış ve rastgele (i) dans hareketine dayalı müdahale, (ii) germe ve egzersiz müdahalesi ve (iii) kontrol grubuna atanmıştır. İki müdahale grubu

12 hafta boyunca haftada iki kez 1 saatlik bir müdahale almıştır. Katılımcılar 12 ay boyunca dört kez; randomizasyondan önce başlangıçta, müdahale sonrası (3 ay), başlangıçtan 6 ay ve 12 ay sonra değerlendirilmiştir. Birincil sonuçlar değerlendirme noktaları ile nöropsikiyatrik semptomlar, psikososyal refah ve bilişsel ve günlük işlevsellik grupları arasında karşılaştırılmıştır. İkincil sonuçlar, tükürük kortizol düzeylerindeki değişiklikleri ve bunların birincil sonuç ölçümleriyle ilişkilerini değerlendirmiştir. Bu çalışma, demanstan etkilenen bölgelere karşı tampon olarak hareket etme ve demanstan etkilenen alanları iyileştirme kabiliyeti nedeniyle, dans hareketine dayalı müdahalenin demans ilerlemesini yavaşlatmadaki etkinliğine ilişkin önemli kanıtlar sağlamaktadır. Bu müdahalenin yapısal bir programla daha da geliştirilmesi yaşlı nüfus arasında erken psikososyal destek için gerekli olabileceği bildirilmiştir (Ho ve ark., 2015). Mastrominico ve ark., (2018) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, dans hareketi terapisinin (DMT) otizm spektrum bozukluğu (ASD) olan yetişkinlerde empati üzerindeki etkilerini incelemiştir. Tedavi grubuna (n=35) 10 haftalık Dht müdahalesi uygulanırken, kontrol grubu (n=22) herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Bilişsel ve Duygusal Empati Anketi ile ölçülen empati, ilginin ana değişkeni olup, tekrarlanan bir varyans analizi ile analiz edilmiştir. Sonuçlarda genel empatide önemli bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (Mastrominico ve ark., 2018). Meekums ve ark., (2015) yaptığı bir derleme çalışmasında, toplam 147 katılımcı (107 yetişkin ve 40 ergen) olmak üzere üç çalışma dahil edilmiştir. 73 katılımcı kontrol grubuna, 74 katılımcı DMT terapisine katılmıştır. İki çalışma, depresyonu olan erkek ve kadın yetişkinleri içermektedir. Bu çalışmalardan biri poliklinik katılımcılarını; diğer çalışma ise bir şehir hastanesinde yatan hastalar ile yapılmıştır. Üçüncü çalışmada, ortaokul ortamında kız çocuğu ergenlerin bulgularıdır. Tüm çalışmalarda Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D); ve Belirti Kontrol Listesi-90-R iki farklı depresyon ölçüsü kullanarak sürekli veri toplanmıştır. Dans hareket terapisinin depresyon üzerinde güvenilir bir etkisi bulunmamıştır (SMD-0.67 %95 CI-1.40 ila 0.05; çok düşük kalite

kanıtı). Planlanan bir alt grup analizi, iki çalışmada, 107 katılımcıda yetişkinlerde olumlu bir etki olduğunu göstermiş, ancak bu klinik önemi karşılayamamıştır (SMD -7.33% 95 GA -9.92 ila -4.73). Bir çalışma, sosyal işlevselliği ölçerek büyük bir olumlu etki göstermiştir (MD -6.80% 95 CI -11.44 ila -2.16; çok düşük kalite kanıtı), ancak bu sonuç kesin değildir. Bir çalışma yaşam kalitesi (0.30 95% CI -0.60 ila 1.20; düşük kalite kanıtı) veya benlik saygısı (1.70 95% CI -2.36 ila 5.76; düşük kalite kanıtı) için herhangi bir etki bulamamıştır (Meekums, Karkou, Nelson, 2015). Bradt ve ark., (2015) yaptığı bir derleme, 207 katılımcı olan üç çalışmaya dayanmaktadır. Dans/ hareket terapisinin meme kanseri olan kadınlardaki depresyon üzerindeki etkisine dair bir kanıt bulunamamıştır. Yazarların sonuçları: Dans / hareket terapisinin depresyon, stres, anksiyete, yorgunluk ve beden imgesi üzerindeki etkisine destek bulunamamıştır. Bulgular bireysel çalışmalar dans / hareket terapisinin yaşam kalitesi, somatizasyon ve canlılık üzerinde faydalı bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Dans / hareket terapisinin, yetersiz sayıda çalışma nedeniyle kanser hastalarında psikolojik ve fiziksel sonuçlara etkisi konusunda herhangi bir sonuç çıkarılamamıştır. Daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Kanıtlar sadece üç küçük çalışmaya dayanmaktadır ve kanıtların kalitesi güçlü değildir (Bradt, Shim ve Goodill, 2015). Diğer taraftan, Koch ve ark., (2019) yaptığı bir meta-analizde, dans hareketi terapisinin (DMT) ve dans müdahalelerinin psikolojik sağlık sonuçları için etkinliği değerlendirilmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalar, 1996-2012 yılları arasında yılda 1.3 tespit edilen çalışmadan, 2012-2018'de yılda tespit edilen 6.8 çalışmaya göre önemli ölçüde artmıştır. Yöntem: kaygı, kişilerarası beceriler, bilişsel beceriler ve (psiko-)motor beceriler, yaşam kalitesi, klinik sonuçlar (depresyon alt analizleri ile) sonuçlarına göre, 41 kontrollü müdahale çalışması (N = 2,374; 01/2012 ile 03/2018 arasında, 21'i DMT'den ve 20'si danstan) sentezlenmiştir. Sekiz çalışmanın takip verileri de dahil olmak üzere depresyon, anksiyete, şizofreni, otizm, yaşlı hastalar, onkoloji, nöroloji, kronik kalp yetmezliği ve kardiyovasküler hastalık gibi alanlarda son randomize kontrollü

alışmaları (RKÇ) dahil edilmiştir. Sonuç olarak, meta-analizimizin sonuçları dansın terapötik kullanımının sağlıkla ilişkili çeşitli psikolojik sonuçları potansiyel olarak etkilediğini göstermektedir. Toplamda, heterojen sonuçlara dayanan orta derecede anlamlı bir genel etki bulunmuştur. Dht'nin anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltarak, yaşam kalitesini ve bilişsel becerileri artırarak tutarlı ve yüksek homojenliğe sahip duygulanımla ilişkili psikolojik koşulları iyileştirdiğine dair ampirik kanıtlar bulunmuştur. Kişilerarası becerilere ilişkin olarak, etki $p<0.1$ seviyesine ulaşmıştır. Kanıtın genişletilmesi için daha yüksek kaliteli birincil çalışmaların yapılması ve metaanalizlere dahil edilmesi gerekmektedir. Dans müdahale çalışmaları motor becerileri sürekli olarak geliştirirken, diğer sonuçlara ilişkin bulgular yüksek heterojenliğe sahiptir. Bu metaanalizin sonuçları, DMT ve dans müdahalelerinin klinik sonuçları, bilişsel sonuçları ve (psiko-) motor sonuçları iyileştirdiğini göstermektedir. Ayrıca, bu çalışma DMT ve dans müdahalelerinin kalıcı uzun vadeli etkileri olduğuna dair ilk bulgulara katkıda bulunmaktadır. Bu cesaret verici sonuçlar, birincil çalışmaların metodolojik eksiklikleri ile sınırlıdır. DMT ve dans müdahalelerinin sağlıkla ilgili psikolojik sonuçlar üzerindeki etkilerini kanıtlayan daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Koch, Riege, Tisborn, Biondo, Martin ve Beelmann, 2019). Gökçen (2019) şizofreni tanısı almış kişilerde dans/hareket tedavisinin psikotik durum ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla randomize kontrollü çalışma yapmıştır. 32 şizofreni tanılı bireyin dahil edildiği çalışmada, randomize olarak 16'sına rutin tedavi uygulanırken diğer 16'sına bu tedaviye ek olarak DHT uygulanmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin psikotik durumlarının ve işlevsel iyileşme düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırılmıştır. Değerlendirme araçları olarak; Calgary şizofrenide depresyon ölçeği (CŞDÖ), pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) ve şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği (ŞİLÖ) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda; kontrol grubunda herhangi bir değişim gözlenmezken DHT grubunun CŞDÖ toplam puanında anlamlı düzeyde ($p=0,001$) artış görülmüştür. DHT uygulanan

grubun PANSS toplam puanında ($p \leq 0,001$), negatif belirtiler alt ölçeği'nin toplam puanında ($p=0,001$) ve genel psikopatoloji alt ölçeği'nin toplam puanında ($p \leq 0,001$) anlamlı düzeyde düzelme tespit edilmiştir. Özellikle negatif belirtiler alt ölçeği'nde; “duygulanımda küntleşme” ($p=0,004$), “duygusal içe çekilme” ($p=0,026$), “ilişki kurmada güçlük” ($p=0,011$), “pasif kayıtsız bir biçimde toplumdan kendini çekme” ($p=0,010$) ve “konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı” ($p=0,034$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Genel psikopatoloji alt ölçeği'nin “bedensel kaygı” ($p=0,016$), “anksiyete” ($p=0,011$), “depresyon” ($p=0,024$), “işbirliği kuramama” ($p=0,034$), “dikkat azalması” ($p=0,001$), “zihinsel aşırı uğraşı” ($p=0,039$) ve “aktif biçimde sosya kaçınma” ($p=0,008$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Bununla birlikte DHT uygulanan grubun ŞİLÖ toplam puanı ($p=0,000$) ve sosyal işlevsellik ($p=0,001$), sağlık ve tedavi ($p=0,008$), günlük yaşam becerileri ($p=0,001$) ve mesleki işlevsellik ($p=0,041$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Bu sonuçlar, şizofreni tedavisinin yönetiminde heyecan verici olasılıklara işaret etmektedir. Sonuç olarak, DHT'nin şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirtilerdeki olumlu etkilerinin yanı sıra, işlevsel olarak iyileşmenin sağlanmasında da etkili bir tedavi olduğu görülmüştür. Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin rutin tedavilere ek olarak uygulanmasının önemli olduğu görüşüne varılmıştır (Gökçen, 2019).

Kaynakça

1. Güney, SS., Lundmark, DS., & Eren N. (2019). Mültecilerle psiko-sosyal destek çalışmaları: Dans/hareket terapi ve müzik terapi. Eren N, editör. Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri,72-6.
2. American Dance Therapy Association. General questions: What is dance movement therapy? <https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/> Erişim Tarihi:09.01.2020
3. Harris, DA. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture*, 17(2), 134-55.
4. Eren, N. (2015). Psikiyatride Bakım İçin Sanatın Ve Sanat Terapisinin Yeri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 1(1)
5. Çam, M.O., Turgut, E.Ö., & Büyükbayram, A. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,5(3),160-3.
6. Coşkun S, Yıldız Ö, Yazıcı A. Psikiyatrik rehabilitasyonda fotoğrafın kullanımı: Bir ön proje. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1(3): 121-7.
7. Karaca, S., & Eren, N. (2014). The use of creative art as a strategy for case formulation in psychotherapy: A case study. *Journal of Clinical Art Therapy*, 2(1), 3-8.
8. Italia, S., Favara-Scacco, C., DiCataldo, A., & Russo, G. (2008). Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology*, 17(7), 676-80.
9. McCrone, J. (1999), "Right brain, left brain: Myth or reality?", *The New Scientist*, n. 2913.

10. Winnicott, D. W. (2014), *Oyun ve Gerçeklik*, Saffet Murat Tura (çev.), İstanbul: Metis,
11. Bartenieff ve D. Lewis, *Body Movement Coping with the Environment*, Gordon Beach, 1980.
12. *Authentic Movement: Essays* by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler, and Joan Chodorow. Yayına hazırlayan Patricia Pallaro. Jessica Kingsley Publishers, 1999.
13. Bräuninger, I. (2012). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-450.
14. Ho, R. T. H., Cheung, J. K. K., Chan, W. C., Cheung, I. K. M., & Lam, L. C. W. (2015). A 3-arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia. *BMC geriatrics*, 15, 1-8. DOI 10.1186/s12877-015-0123-z.
15. Mastrominico, A., Fuchs, T., Manders, E., Steffinger, L., Hirjak, D., Sieber, M., ... & Koch, S. C. (2018). Effects of dance movement therapy on adult patients with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Behavioral Sciences*, 8(7), 61. doi:10.3390/bs8070061.
16. Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E. A. (2015). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). DOI: 10.1002/14651858.CD009895.pub2.
17. Bradt, J., Shim, M., & Goodill, S. W. (2015). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). DOI: 10.1002/14651858.CD007103.pub3.
18. Koch, S. C., Riege, R. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-

analysis update. *Frontiers in psychology*, 10, 1806. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01806.

19. Gökçen, A., Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Dans/Hareket Tedavisinin Psikotik Durum ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
20. Plevin, M., Garcia, M., & Macagno, P. (2018). *Yaratıcı Hareket ve Dans*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

BÖLÜM XVI

Kayıp, Ölüm ve Yas

Lütfiye Nur UZUN
Hümeysra HANÇER TOK

Kayıp

İnsanlar yaşamsal süreç içerisinde pek çok bağlanmalar ve kayıplar yaşarlar. Kayıp; bireyin sevilen birini, bir şeyini yitirmesidir. Kayıp, değer verilen bir şeyin değiştiği veya artık mevcut olmadığı gerçek veya potansiyel bir durumdur. Bireyin içerisinde yaşadığı ve yetiştği toplumun kültür, inanç, gelenek, görenek ve değerleri kayba yüklenen anlamı değiştirir. Kayıp, bireyler için beden imajının, önemli bir kişinin, evcil bir hayvanın, sağlığın, kişisel bir eşyanın, hayallerin, statünün veya inançların kaybı şeklinde yaşanabilmektedir (Berman et al., 2016; Ertem, 2021; Karakurt, 2021).

Kayıp Türleri ve Kaynakları

Kayıp, gerçek ve algılanan olmak üzere iki şekilde yorumlanabilmektedir. Gerçek kayıp kaybı deneyimleyen kişilerin dışında başkaları tarafından da fark edilebilir. Algılanan kayıp ise bir kişi tarafından yaşanır ancak başkaları tarafından doğrulanamayabilir. Örneğin evde çocuklarına bakmak için işinden ayrılan bir kadın, bağımsızlığı ve özgürlüğünün kaybını hissedebilir. Her iki kayıp türünün öngörücüleri olabilir. Kayıp yaşanmadan önce öngörüselsel bir kayıp yaşanır. Örneğin eşi vefat etmek üzere olan bir kadın, onun ölümünü beklerken gerçek bir kayıp duygusu yaşayabilir. Farklı bir yorum olarak kayıp durumsal veya gelişimsel olarak deneyimlenebilir. Bir kişinin işini kaybetmesi, bir yakınının ölümü, organsal işlevsel kaybı durumsal kayıplardır. Yetişkin çocukların aile yanından ayrılması, emeklilik veya yaşlı ebeveynlerin ölümü gelişimsel kayba örnek verilebilir. Gelişimsel kayıplar öngörülebilsel düzeyde olabilir (Berman et al., 2016; Cerit, 2021).

Ölüm

Ölüm, canlı varlıkların yaşamsal fonksiyonlarının geri dönüşümsüz bir şekilde sona ermesidir (Tanhan & Arı İnci, 2009). Ölüm, niteliksel ve niceliksel olarak boyut değiştirme şeklinde tanımlanmakta olup biyolojik-psikolojik-sosyolojik olarak yaşanan en büyük kayıptır (Brosche, 2003; Mallory, 2003). Bu nedenle ölümün farklı disiplinlerce tanımları yapılmıştır (Tanhan & Arı İnci, 2009). Ölüm, yaşam döngüsünün doğal bir parçası, tüm canlı organizmaların ortak deneyimlediği evrensel ve kaçınılmaz bir sonudur. Günümüzde tıbbi ve teknolojik ilerlemeler yaşamın sona ermesini önleme çalışmaları, ölümü manevi bir olaydan tıbbi bir duruma yönlendirmiştir (Shaw & Abbott, 2017).

Biyolojik ölüm; Biyolojik ölüm geçmişte solunum ve kalp işlevleri ile belirlenmekte ve akciğer ve kalp fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı ölüm olarak kabul edilmekteydi. Günümüzde ise ölümün gerçek ölçütü beyin ölümü olarak ifade edilmektedir. Beyin

ölümü üç şekilde tanımlanmıştır. Bunlar; neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümüdür. Neokortikal beyin ölümünde, serebral korteksin işlevleri geri dönüşümsüz olarak ve tamamen kaybolmuştur. Neokortikal beyin ölümünde bireyin solunumu spontan, kan basıncı ve beden ısısı normal sınırlarda olabilir. Beyin sapı ölümünde kalp ve dolaşım durması ile birey ölü olarak kabul edilmektedir. Tüm beyin ölümünde ise, solunum ve kalp fonksiyonlarının durmasıyla birey fiziksel ve zihinsel tüm işlevlerini geri dönüşsüz olarak tamamen yitirmiştir. Bu nedenle ölümünün gerçek ölçütü olarak kabul edilmektedir (Dekkers, 1996; Tanhan & Arı İnci, 2009).

Psikolojik, Fiziksel ve Sosyal Ölüm; Psikolojik ve sosyal ölümün tanımı, biyolojik ölüm tanımı kadar net değildir. Psikolojik ölüm, belleğin bilinç düzeyindeki işlevlerini yerine getirememesidir. Sosyal ölüm ise bireyin bilinci olmadığı halde tıbbi teknoloji yardımıyla fizyolojik işlevlerini sürdürmesi fakat sosyal faaliyetlerini yerine getirememesi olarak tanımlanır. Yaşamını yitiren kişi, biyolojik ölümü deneyimlerken, bıraktığı boşlukla baş etmeye çalışan yakınları sosyal ölümü yaşamaktadırlar. Nörodejeneratif hastalığa sahip olan bireyler, biyolojik ölümü yaşamadan önce sosyal ölümü yaşarlar (Tanhan & Arı İnci, 2009).

Keder ve Yas

Keder, yaşanan kayıpla ilgili duygusal deneyime verilen tepkidir. Keder, üzüntü, acı, ızdırap, sıkıntı veya tasa anlamına gelmektedir. Keder bireyseldir, kültürel ve spiritual inançlardan beslenerek kayba verilen tepkileri içerir. Keder, aşırı sıkıntı veya kederle ilişkili düşünce, duygu ve davranışlarda kendini gösterir. Yas, hayatta kalan sevdiklerin yaşadığı öznel tepkidir. Yas, yas süreci sonunda çözüldüğü veya değiştirildiği davranışsal ve tepkisel bir süreçtir. Genellikle kültürden, manevi inançlardan, geleneklerden ve göreneklerden etkilenir. Yas, matem olarak da tanımlanabilirken keder ve yas süreçlerini içerisine alır. Yas tutma, bireyin kayıpla zaman içerisinde, yavaş yavaş baş etmesine ve onu gerçekliğin bir parçası olarak kabul etmesine olanak tanır. Keder

sosyal ve ilişkisel bir süreçtir; en iyi şekilde başkalarının yardımıyla paylaşılır ve çözülür. Bir kişinin yas süreci üzerinde çalışmak önemlidir. Çünkü yasin sağlık üzerinde etkileri olabilir. Kedere eşlik edebilecek fiziksel ve psikolojik semptomlar arasında anksiyete, depresyon, iletişim bozukluğu, libido kaybı, uyku düzeni bozuklukları, konsantrasyonda azalma, kilo kaybı, yutma güçlüğü, kusma, yorgunluk, baş ağrıları, baş dönmesi, bayılma, bulanık görme, deri döküntüleri, aşırı terleme, adet bozuklukları, çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı sayılabilir. Yas, kayba verilen doğal bir tepkidir ve sağlığı tehdit edebilse de, yas sürecinin olumlu ve istenilen bir şekilde çözülmesi, bireyi yeni içgörüler, değerler, açıklık ve duyarlılıkla zenginleştirebilir (Berman et al., 2016; Karakurt, 2021).

Normal yas; Bireylerin yaşamış oldukları kayba verdikleri beklenen tepkilerdir. Kayıp yaşayan çoğu birey, genellikle zaman içinde kademeli olarak azaldığı acı verici ama doğal bir yas sürecinden geçer. Yas kayıp ya da kayıp yaşanabilecek durumun ardından gerçekleşen fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir. Değer verilen bir şeyin ya da birinin kaybına bağlı kişilerin yas tepkileri çeşitlilik göstermektedir ve bu tepkiler kişiye özgüdür. Normal yas süreci genelde 6-24 ay kadar sürer ve zaman içinde çözülür. Normal bir yas tepkisi kısaltılmış olabilir. Kısaltılmış yas; kaybın yas tutan kişi için çok önemli olmadığı veya hemen aynı değerde başka bir şeyle değiştirildiği durumlarda yaşanabilir. Yas sürecinin ileri dönemlerinde bu yaşantıların sürmesi patolojik yasin belirtisi olabilir (Berman et al., 2016; Bildik, 2013; Cerit, 2021; Lundorff et al., 2017).

Patolojik yas; Patolojik yas; deneyimlenen tepkilerin çeşitleri normal yas sürecinden çok fazla farklılaşma göstermemektedir. Belirtilerin süresi ve yoğunluğu, normal yas ile patolojik yas arasındaki en önemli farktır. Ancak patolojik yas tepkileri normal yas sürecine göre daha yoğundur ve süre olarak uzamıştır. Yoğun yaşanan belirtilerin yanı sıra patolojik yas sürecinde kişilerin günlük işlevsellikleri kayıp yaşantısından önceki işlevsellik düzeyine geri dönmesi uzun sürmektedir. Ayrıca patolojik

yasta birey normal yas aşamalarının birinde takılıp kalması ve yas sürecini tamamlanamaması görülebilir. Patolojik yas farklı bulgu ve biçimlerde görülmesi nedeniyle anormal, komplike, çözülmemiş, maskelenmiş, kronik, gecikmiş yas gibi değişik şekillerde ifade edilmektedir. Yaşama adaptasyona yönelik ilerlemelerin yerine, tekrarlamalar ve normalleşmenin duraklaması görülür (Berman et al., 2016; Bildik, 2013; Lundorff et al., 2017).

Travmatik yas; Kaybın zamansız, beklenmedik, aniden ve travmatik bir olay sonucu meydana gelen ölümlerin ardından yaşanabilecek yas süreci için kullanılan kavramdır. Kaybın ardından baş etme mekanizmalarını ciddi oranda zarar görür ve yas sürecinin uzamasına neden olabilir. Her kaybın ardından gelişen yas normal ve doğal tepkidir fakat sevilen birinin ya da bir şeyin ani ve travmatik bir şekilde kaybı doğal sürecini etkiler (Bildik, 2013; Cerit, 2021).

Yasın Aşamaları

İlk zamanlarda normal yas sürecinin evrelerinin doğrusal biçimde ilerlediği görüşü vardı. Günümüzde ise yasın karmaşık ve dairesel bir süreç olduğu görüşü hakimdir (White & Ferszt, 2009). Yas süreci ve aşamaları pek çok model ile tanımlanmaya çalışılmıştır.

Worden'ın Yas Görevleri Modeli'nde, yas sürecini belirli evrelerden oluştuğu ve kayıp yaşayan bireylerin yas sürecine uyumunda yerine getirmesi gereken temel görevleri olduğunu ifade etmiştir. Worden'ın Yas Görevleri Modeli'ne göre kaybı deneyimleyen ve yas tutan birey yas süreci içinde aktif bir rolü vardır. Worden, yas sürecini benimsenebilecek veya reddedilebilecek, üstesinden gelinebilecek ya da terk edilebilecek bir dizi görevi olduğunu öne sürmektedir. Yas sürende bazı görevleri yerine getirmede bocalanabileceği, duraksama yaşanabileceği, yaşlı kişinin önceki aşamalara dönebileceği, yeniden toparlanma girişimlerinden vazgeçebileceği, sonra tekrar cesaret alabileceği ve ilerleyebileceğine değinilmiştir (Aslan & Yunus, 2023; Bildik, 2013; Worden, 1991).

Worden'ın Yas Görevleri;

Kaybın gerçekliğini ilk önce entelektüel, daha sonra duygusal olarak kabul etmek; Kaybı deneyimleyen bireyin, kaybedilen kişinin geri dönmeyeceği gerçeğiyle tam olarak yüzleşmesidir. Yaslı birey bilişsel olarak ölümün geri dönülemezliğini kavrayabilir. Fakat, duygusal olarak kabullenme zaman alan bir süreçtir. Bu görev aşamasındaki olası olumsuz yanıtlar, kaybın gerçeklerini, anlamını ve geri döndürülemez olduğunu inkar etmektir.

Yasın acısı üzerinde çalışmak (umutsuzluk, suçluluk, korku, öfke, üzüntü, utanç, özlem) ve duyguları ifade etmek; Sevilen birinin kaybı sonucu hem fiziksel hem de duygusal acı hissedilir. Kaybı deneyimleyen bireyin görevi acıyı kabullenmektir. Kayba bağlı acısını bastırılması ya da engellenmesi yas sürecini uzatabilir. Bu görev aşamasındaki olası olumsuz yanıtlar, duyguları kapatmak, pazarlık yapmak, kaybedileni idealize etmek, madde kullanımına yönelmektir.

Yeni çevreye (Ölen kişinin bulunmadığı) uyum sağlama, yeni bir benlik duygusu geliştirme, yeni beceriler edinmek; kaybı deneyimleyen bireyler, kaybın üzerinden belli süre geçene kadar ölenin kendi hayatlarındaki rollerini farkında değildir. Bu nedenle; yas tutan birey, rollerin kaybın/değişimine veya kaybın kendi benlik duygusunda oluşturduğu değişikliğe de adapte olması gerekir. Bu görev aşamasındaki olası olumsuz yanıtlar, yeni duruma adapte olamamak çaresizlik veya geri çekilmektir.

Duygusal enerjiye yeniden kavuşmak ve yaşama devam etmek; kaybı deneyimleyen birey, bir hatıra formasyonu oluşturarak, yaşam planlarının örselemesini engellemek zorundadır. Bu görev yas sürecinin en zor aşamalarından olmakla birlikte hatıralar ve oluşturduğu anılarla kalan yaşamını sürdürme çabasıdır. Bu görev aşamasındaki olası olumsuz yanıtlar, hayattan uzaklaşmak ve hayata bağlı kalmamaktır.

Bowlby'nin "Bağlanma ve Yitim" Modelinde yas ile ilgili dört evreden oluşan bir süreç geliştirmiştir (Cerit, 2021; Yavuz & Dölek, 2019).

Bowlby'nin "Bağlanma ve Yitim" Modeli;

İnanamama ve duygusuzlaşma; Ölüm gibi bir kaybın ardından, gerçeğin reddedildiği ve yoğun bir acı duygusu ile birlikte öfkenin ortaya çıktığı evredir.

Arzu etme; ölen birey ile yeniden bir araya gelmeyi isteme, anksiyetenin eşlik edebildiği, uykusuzluk, dikkat bozukluğu ve organize olmakta güçlük çekilen evredir.

Çözülme; kendini suçlu hissetme, isteksizlik, dikkat ve düşünce dağınıklığı, uyku ve yeme bozuklukları gibi durumların yaşandığı yıkım evresidir.

Yeniden düzenlenme; yaşanan kaybın ardından değişmiş gerçeklikle başa çıkma, günlük yaşamsal aktivitelerden yeniden zevk alınmaya başladığı evredir. Bowlby'e göre kaybın ardından yaşamın yeniden düzenlenmesi, kaybın geri döndürülemeyeceğinin kabul edilmesi ile mümkündür.

Kübler-Ross beş aşamalı bir yas süreci modeli geliştirmiştir (Cerit, 2021; Cimete, 2002; Çolak & Hocaoglu, 2021; Yavuz & Dölek, 2019).

Kübler-Ross Beş Aşamalı Yas Süreci Modeli;

İnkâr; kişinin, kaybı ya da ölümü kabullenemediği, bu olamaz, bu benim başıma gelemaz gibi ifadelerle kendi duygu durumunu ifade ettiği aşamadır. İnkâr kaybı deneyimleyen bireyin anksiyetesini azaltıp, yeniden toparlanmak ve baş etmek için geliştirdiği bir savunma mekanizmasıdır. Bu aşamada yaslı bireyin inkâr eğilimine saygı duymak gerekmektedir.

Öfke: kaybın gerçeği ile yüzleşmenin ardından, olayına ilişkin bir sebep ya da sorumlu arayışının gerçekleştiği evredir. Bu aşamada öfkeyi yansıtacak bir odak aranır. İyileşme sürecinde

yaşanan öfke duygusu kendisini yalnız bıraktığı için ölen kişiye, ölen kişiyi ihmal ettiğini düşündüğü için kendisine, ölen kişiyi kurtarmadıkları için sağlık çalışanlarına, yeteri kadar üzülmediklerini düşündüğü için etrafındaki diğer kişilere veya yaratıcıya yansıtılabilir Öfke tepkisinin kaynağını anlamak önemlidir.

Pazarlık: kaybı deneyimleyen bireyin kendini çaresiz/umutsuz hissettiği ve gerçeği değiştirebileceğine ilişkin varsayımlarda bulunduğu evredir. Bu aşamada yaşlı bireyin korku, endişe ile beslediği pazarlık duygularının analiz edilmesi gerekmektedir.

Depresyon: Kişinin ölümü kabullendiği evredir. Bu depresyon evresi ruhsal hastalık olarak görülmemelidir.

Kabullenme: Kişinin kayıp ya da ölüm gerçeğini kabullendikten sonra yeniden organize olarak yaşamını yapılandırıldığı evredir. Kübler Ross'a göre; “yas ancak merhumun ölümlülüğünün kabulü ile tamamlanacak bir süreçtir”.

Kayıp ve Yas Sürecini Etkileyen Faktörler

Kayıp ve kaybın ardından yaşanacak yas süreci birtakım faktörlerden etkilenir. Bu faktörler yas sürecinin normal şekilde sürdürülmesini sağlayabileceği gibi yas sürecinin olumsuz olarak etkilenmesine ve patolojik yas sürecinin yaşanmasına da neden olabilirler. Bireylerin yas sürecini etkin bir şekilde yönetilebilmesi için kaybı ve kaybın birey için anlamının iyi bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir (Berman et al., 2016; Bildik, 2013; Cerit, 2021; Potter et al., 2012).

Kaybedilen kişinin kimliği ilişkinin doğası; Yaşlı birey ile ölen kişi arasındaki yakınlık düzeyi (ana-baba, çocuk, sevgili, akraba, arkadaş) ilişkinin niteliği yas sürecini etkilemektedir. Aile bireyi ölen iki kardeşin yas süreçlerinde ve tepkilerinde farklılıklar görülebilir. Bu çocukların ölen aile bireyi ile yakınlık düzeyinin farklı olmasından kaynaklanır. Ölen kişi ile çatışmalı bir ilişkisi olan birey, suçluluk duyguları yaşayabilir ve bu yas sürecini uzatabilir.

Çünkü kaybı deneyimleyen birey bu çatışmanın çözümlenmesini ister. Kaybedilen kişi hayattayken sürdürülen bağımlı ilişkiler yas sürecine olumsuz etkileyebilir. Ölen kişi, kaybı deneyimleyen kişinin kendilik değerini artırıyorsa, yaşlı birey kendini yalnız ve çaresiz hissedebilir. Bu nedenle kayıp yaşayan birey ile ölen birey aralarındaki ilişkinin niteliğini bilmek yas sürecinin normal yürütülebilmesi için önemlidir.

Kaybın nedeni; Ölüm ya da kaybın travmatik veya beklenmedik oluşu da yas sürecini etkilemektedir. Kaybın ölümü önceden beklenmesi geride kalanların çekeceği acıyı azaltmasa bile, yas sürecine hazırlanmasına, sosyal destek ağının oluşturulmasına, ölen kişi ile vedalaşılmasına zaman tanıyabilmektedir. Beklenmedik, ani kayıp ya da ölümler ardında yanıtlanmamış pek çok soru, tamamlanmamış birçok görev kalabileceğinden kaybı yaşayan bireylerin kaygı oranları da daha fazla olduğu tartışılmıştır.

Geçmiş kayıpların varlığı; Kaybı deneyimleyen bireyin daha önce herhangi bir kayıp yaşayıp yaşamaması, varsa daha önceki kayıplarda gösterdikleri yas tepkileri ve önceki kayıpların yas sürecinin tam olarak tamamlanıp tamamlanmaması yas sürecini ve uyumu etkilemektedir.

Kişilik özellikleri; kaybı deneyimleyen bireyin yaşı, cinsiyeti, baş etme biçimi, bilişsel yaklaşımı ve bağlanma biçimi ile inanç ve değerleri yas sürecin etkileyebilmektedir.

Sosyal destek; kayıp yaşayan bireyin, aile ya da yakın çevresi ve kültürel özellikleri, bireyin sosyal desteği algılama düzeyi bireyin yas sürecini yönelik uyumunu etkilemektedir. Kültürel olarak ya da aile içinde kayıp konuşulamıyorsa veya özkıyımlar gibi bireyin kaybı yok sayılıyorsa sosyal destek sistemi yetersiz kalabilir.

Yas sürecinde oluşan sıkıntılar; Bir kaybın sonrasında meydana gelen ani değişiklikler ve krizler yaşlı bireyin süreci yönetmesini önemli ölçüde etkilemektedir. Kayıp sonrası bireyin hayatında kaçınılmaz olarak birtakım değişiklikler gerçekleşecektir.

Yas Tutan Bireylere Yaklaşım

Bir kaybın ardından normal yas sürecini yaşayan bireylerde sosyal desteğin yeterli olması bu sürecin doğal seyrinde yaşanmasını kolaylaştırır. Bu bağlamda; yaşlı bireyin duygularının ifade edilmesine olanak sağlanarak hangi duygudurumda olduğu anlaşılmalıdır. Kaybın gerçek olduğunun anlaşılması için çalışılmalı, kayıp sonrası hayatın devam etmesi desteklenmeli ve kayba yönelik bir anı formasyonu oluşturması sağlanmalıdır.

Referanslar

Aslan, Ş., & Yunus, K. (2023). Sosyal Hizmette Yas Çalışmaları Bağlamında Ekolojik Keder. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25(3), 1008–1025.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2016). Loss, Grieving, and Death. In Kozier & Erb's Concepts, Fundamentals Of Nursing K Process, and Practice (10., pp. 989–1007).

Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Tıp Dergisi, 52(4), 223–229.

Brosche, T. A. (2003). Death, dying, and the ICU nurse. Dimensions of Critical Care Nursing, 22(4), 173–179.

Cerit, B. (2021). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. In H. Özveren & E. Gülnar (Eds.), Palyatif Bakım ve Hemşirelik (pp. 635–666). Akademisyen Kitabevi.

Cimete, G. (2002). Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri.

Çolak, G. V., & Hocaoglu, Ç. (2021). Kayıp ve yas: Bir gözden geçirme. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 3(1), 56–62.

Dekkers, W. J. M. (1996). Neye'olum'deriz? Batı kültüründe yasamin sonu hakkında bazi dusunceler (What do we call'death'? Some reflections on the end of life in Western culture).

Ertem, M. (2021). Ölüm, kayıp ve yas. In M. Kara Kaşıkçı & E. Akın (Eds.), Temel hemşirelik (pp. 279–286). İstanbul Medikal Sağlık Yayıncılık.

Karakurt, P. (2021). Kayıp ve Ölüm Süreci. In T. Atabek Aşti & A. Karadağ (Eds.), Hemşirelik Esasları (2., pp. 983–998). Akademi Basın ve Yayıncılık.

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged

grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.

Mallory, J. L. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 305–312.

Potter, P. A., Ochs, G., & Stockert, P. (2012). The Experience of Loss, Death, and Grief. In *Fundamentals of nursing* (pp. 723–727). Elsevier Health Sciences.

Shaw, P. A., & Abbott, M. A. (2017). High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care. *Nurse Education Today*, 49, 8–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.014>

Tanhan, F., & Arı İnci, F. (2009). Ölüm eğitimi. Pegem Akademi.

White, P., & Ferszt, G. (2009). Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(4), 231–240.

Worden, J. W. (1991). Yas danışmanlığı ve yas terapisi; Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı. Çev. Öncü B.(2003) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 452.

Yavuz, Y., & Dölek, N. (2019). “ Ordinary People” Filminin Yas Teması Açısından Analizi. *Journal of International Social Research*, 12(62).