



PERSPECTIVES IN **PALLIATIVE & HOME CARE**

Cilt 3
Sayı 1
Nisan 2024

Volume 3
Issue 1
April 2024

ISSN: 2979 - 9961

w w w . p p h c j o u r n a l . c o m



EDITORIAL / EDİTÖRDEN

Dear Readers,

We are together with the April issue of Perspectives in Palliative & Home Care in 2024. Perspectives in Palliative & Home Care (PPHC), is an open access, free, and interdisciplinary journal on palliative & home care, published in accordance with the principles of independent, unbiased, and double-blind peer-review. The PPHC reflects the interdisciplinary approach that is the hallmark of effective palliative and home care and addresses the many specialties related to palliative and home care. The Journal welcomes submission editorial comments, opinions, original research articles, current ongoing series and review articles.

This issue of the journal features five research articles and one review article covering a wide range of areas. The first of the research articles examines the relationship between caregiver burden and life satisfaction in patients in a palliative care unit. The second article examines caregiver burden and independence in activities of daily living in hip fracture surgery patients, while the following three articles focus on the different effects of COVID-19. The review article in this issue draws attention to the characteristics of nursing care in complications seen in liver failure.

We would like to thank the authors who shared their scientific studies with the Journal of Perspectives in Palliative & Home Care and contributed to the broad perspective of the palliative and home care literature, to the members of the reviewer board who carefully and diligently evaluate the articles submitted to the journal, and to the members of the editorial board of the journal, who worked hard and diligently during this difficult process. We offer our best regards and see you in our next issue.

With our respect

Editors

Professor Rukuye AYLAZ, PhD

Associate Prof. Zeliha CENGİZ, PhD



PERSPECTIVES IN PALLIATIVE & HOME CARE

Değerli Okurlarımız;

Perspectives in Palliative & Home Care Dergisi'nin 2024 yılı Nisan sayısı ile birlikteyiz. Perspectives in Palliative & Home Care (PPHC); palyatif ve evde bakım üzerine bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan açık erişimli, ücretsiz ve disiplinler arası bir dergidir. PPHC etkili palyatif ve evde bakımın ayırt edici özelliği olan disiplinler arası yaklaşımı yansıtır ve palyatif ve evde bakım ile ilgili bir çok uzmanlık alanına hitap eder.

Derginin bu sayısında birçok uzmanlık alanına ilişkin beş araştırma ve bir derleme makalesi okurlar ile buluşmaktadır. Araştırma makalelerinden ilki palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu kişilerin bakım yükleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemektedir. İkinci makale kalça kırığı ameliyatı olan hastalarda bakım veren yükünü ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı değerlendirirken, takip eden üç makale COVID-19'un çeşitli etkilerine odaklanmıştır. Bu sayıdaki derleme makalesi ise karaciğer yetmezliğinde görülen komplikasyonlarda hemşirelik bakımına ilişkin özelliklere dikkat çekmektedir.

Bilimsel çalışmalarını Perspectives in Palliative & Home Care Dergisiyle paylaşan, palyatif ve evde bakım literatürünün, geniş perspektifine katkı sağlayan yazarlara, dergiye gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakem kurulu üyelerine ve bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu üyelerine teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bir sonraki sayımızda görüşmek üzere saygılarımızı sunarız.

Saygılarımızla

Editörler

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

Doç. Dr. Zeliha CENGİZ



PERSPECTIVES IN PALLIATIVE & HOME CARE

Year (Yıl): 2024

Volume (Cilt): 3

Issue (Sayı): 1

EDITOR-IN-CHIEF / GENEL YAYIN YÖNETMENİ

Rukuye AYLAZ Prof., PhD., İnönü
University, Faculty of Nursing, Malatya,
Turkey

Zeliha CENGİZ, Assoc. Prof., Ph.D.,
İnönü University, Faculty of Nursing,
Malatya, Turkey

ASSOCIATE EDITOR / YARDIMCI EDİTÖR

Kevser IŞIK, Assoc. Prof., Ph.D., Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Health
Sciences, Malatya, Turkey

ENGLISH LANGUAGE EDITOR / İNGİLİZCE DİL EDİTÖRÜ

Savaş Aydın, Lecturer., İnönü University, School of Foreign Language, Malatya, Turkey

STATISTICS EDITOR / İSTATİSTİK EDİTÖRÜ

Feyza İnceoğlu, Assistant Prof., Ph.D., Turgut Özal University, Faculty of Medicine, Malatya,
Turkey

TECNICAL EDITOR / TEKNİK EDİTÖR

Gürkan Özden, Assistant . Prof., Ph.D., İnönü University, Faculty of Nursing, Malatya, Turkey

EDITORIAL STAFF / YAZI İŞLERİ

Arş. Gör. Fidan Balkaya, İnönü University, Faculty of Nursing (Reception/ İlk Karşılama)

Arş. Gör. Fatma Melike ERKAN, İnönü University, Faculty of Nursing (Source Control/
Kaynak Kontrolü)

Arş. Gör. Züleyha Gürdap, İnönü University, Faculty of Nursing (Layout/Mizanpaj)

EDITORIAL ADVISORY BOARD / YAYIN DANIŞMA KURULU

Ayfer AYDIN, İstanbul University, Child Health and Diseases Nursing

Ayişe KARADAĞ, Koç University, Fundamentals of Nursing

Ayşe BELİN ÖZER, İnönü University, Anesthesiology and Reanimation

Ayşegül BİLGE, Ege University, Mental Health and Diseases Nursing

Emine GEÇKİL, Necmettin Erbakan University, Child Health and Diseases Nursing

- Emine YILMAZ, İnönü University, Mental Health and Diseases Nursing
- Emriye Hilal YAYAN, İnönü University, Child Health and Diseases Nursing
- Erman YILDIZ, İnönü University, Mental Health and Diseases Nursing
- Filiz ÖZDEMİR, İnönü University, Department of Physiotherapy and Rehabilitation
- Funda BUDAK, İnönü University, Mental Health and Diseases Nursing
- Gönül DÜZGÜN, İzmir Tınaztepe University, Geriatric Nursing
- Gülendam KARADAĞ, Dokuz Eylül University, Public Health Nursing
- Gülsen GÜNEŞ, Yüksek İhtisas University, Faculty of Medicine, Public Health
- Hakan PARLAKPINAR, İnönü University, Medical Pharmacology
- Hakime ASLAN, İnönü University, Fundamentals of Nursing
- Handan ZİNCİR, Erciyes University, Public Health Nursing
- Hatice Birgül CUMURCU, İnönü University, Mental Health and Diseases
- Hatice OLTULUOĞLU, İnönü University, Fundamentals of Nursing
- Hülya KARATAŞ, Harran University, Child Health and Diseases Nursing
- Kadriye KAHVECİ, Ankara City Hospital, Anesthesiology and Reanimation
- Karima ELSHAMY, Mansoura University, Egypt Faculty of Nursing, Medical Surgical Nursing
- Leman ACUN DELEN, Malatya Education and Research Center, Anesthesia and Reanimation
- Marie Chantal DURIER, Nursing Institute Le Vinatier, Cadre supérieur de santé at Centre Hospitalier Le Vinatier France
- Miguel Antonio SÁNCHEZ-CÁRDENAS, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia School of Nursing, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia
- Medet KORKMAZ, İnönü University, Internal Medicine Nursing
- Meral ÖZKAN, İnönü University, Surgical Diseases Nursing
- Murat BIÇAKÇIOĞLU, İnönü University, Anesthesiology and Reanimation
- Naile BİLGİLİ, Gazi University, Public Health Nursing
- Nimet OVAYOLU, SANKO University, Internal Medicine Nursing
- Papatya KARAKURT, Erzincan Binali Yıldırım University, Fundamentals of Nursing
- Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR, Yalova University, Public Health Nursing
- Rabiye GÜNEY, University of Health Sciences, Child Health and Diseases Nursing

Seher TANRIVERDİ, Mardin Artuklu University, Surgical Diseases Nursing
Selma ÖNCEL, Akdeniz University, Public Health Nursing
Serap PARLAR KILIÇ, İnönü University, Internal Medicine Nursing
Sinan ASLAN, Batman University, Public Health Nursing
Türkinaz AŞTI, Bezmialem Vakıf University, Department of Nursing
Ulviye GÜNAY, İnönü University, Child Health and Diseases Nursing
Zeynep Ayfer AYTEMUR, İnönü University, Internal Medicine, Chest Disease

ADVISORY BOARD/ HAKEM KURULU

Emin DÜKEN (Harran University)
Sema İÇEL (Gaziantep Islam Science and Technology University)
Neslihan İLKAZ (Ankara Medipol University)
Dercan GENÇBAŞ (University of Health Sciences)
Mustafa KAVAK (Sanko University)
Kamuran OZDIL (Nevşehir Hacı Bektaş Veli University)
Necibe DAĞCAN (Kütahya Health Sciences University)
Meryem KILIÇ (Sanko University)
Ayten KAYA (Ordu University)
Hasret YALÇINÖZ BAYSAL (Atatürk University)
Şirin ÇELİKKANAT (Gaziantep Islam Science and Technology University)
Sevval ÇAĞAN KİŞİN (Yeditepe University)
Aysel DOĞAN (Toros University)

CORRESPONDENCE ADDRESS / YAZIŞMA ADRESİ

Address/Adres: İnönü University Central Campus
(Elazığ Road 15.km) PC:44280 / İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü (Elazığ Yolu 15.km)
PK: 44280

Battalgazi/Malatya

e-mail: pphc.editorial@gmail.com

ARTICLE SUBMISSION ADDRESS / MAKALE GÖNDERME ADRESİ

<https://pphcjournal.com/dergi.jsp>



CONTENTS / İÇİNDEKİLER

RESEARCH ARTICLES/ORJİNAL ARAŞTIRMALAR

- 1-7 Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bakımından Sorumlu Kişilerin Bakım Yükleri İle Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki**
The Relationship Between Care Loads And Life Satisfied Persons Responsible For The Patients In The Palliative Care Unit
Hatice Pekince
- 8-15 Evaluation of Caregiver Burden and Independence in Activities of Daily Living in Patients Undergoing Hip Fracture Surgery**
Kalça Kırığı Ameliyatı Olan Hastalarda Bakım Veren Yükünün ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlığın Değerlendirilmesi
Esengül Ağkale, Betül Tosun, Ezgi Dirgar, Nursemin Ünal
- 16-21 Determination of Compassion Fatigue of Health Workers Working in COVID-19 Services**
COVID-19 Servislerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi
Fatoş Uncu, Dilek Güneş, Nur özlem Kılınç, Gamze Kırkıl
- 22-31 Experiences and Spiritual Well-Being of COVID-19 Intensive Care Unit Nurses who Contracted COVID-19**
COVID-19 Geçirmiş COVID-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimleri ve Manevi İyilik Hali
Sibel Sevinç, Bilge Bilgin
- 32-38 COVID-19 Pandemisi Sürecince Kemoterapi Alan Hastalarının Korku Düzeyleri ve Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi**
Determination of Fear Levels and Hygiene Habits of Patients Receiving Chemotherapy During the COVID-19 Pandemic
Sinan Aslan, Mahmut Dinç, Ramazan İnci

REVIEW/DERLEME

- 39-48 Akut-on-Kronik Karaciğer Yetmezliğinde Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yönetimi**
Complications and Nursing Management in Acute-on-Chronic Liver Failure
Sevim Güler, Reva Gündoğan



Palyatif Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Bakımından Sorumlu Kişilerin Bakım Yükleri İle Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki

The Relationship Between Care Loads And Life Satisfied Persons Responsible For The Patients In The Palliative Care Unit

Hatice Pekince^{a*} 

^a Öğr. Gör. Dr. Fırat Üniversitesi, Kovancılar MYO, İlk ve Acil Yardım Programı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Elazığ, Türkiye

ÖZ

Giriş/Amaç: Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalara daha etkili ve kaliteli bakım hizmeti sunulmaya çalışılırken, hasta yakınlarına yüklenen bakım görevi göz ardı edilmekte ve aşırı sorumluluk yüklenmektedir. Bu da bakım vericilerin yükünü arttırmakta ve yaşam doyumu ve kalitesini etkilemektedir. Bu çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu kişilerin bakım yükleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Haziran-Eylül 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin palyatif bakım kliniğinde tedavi gören hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm evrene ulaşılmak hedeflenmiştir. Toplam 112 hasta yakınına ulaşılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile hem hastayı hem de bakım veren yakınının sosyodemografik özelliklerini belirleyici kişisel bilgi formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde ANOVA, Kruskal-Wallis, Man Whitney U testi, Pearson Korelasyon ve Regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 64.57±8.60 olduğu saptanmıştır. Hastaların %64.32'sinin kadın, %67.9'unun evli, %42.9'unun eğitim seviyesi ilköğretim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bakımdan sorumlu kişilerin ise %50'sinin yakınlık derecesi olarak hastanın çocuğu olduğu, %25'inin eğitim seviyesi lise düzeyinde olduğu ve gelir durumlarının yarısından fazlasını orta ve üzeri düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakımdan sorumlu kişilerin Bakım verme yükü puan ortalamalarının 56.46±3.75, Yaşam doyumu puana ortalamalarının ise 12.92±1.13 oldukları saptanmıştır. Bakım verme yükü ile yaşam doyumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre bakımdan sorumlu kişilerde bakım verme yükü arttıkça yaşam doyumunun azaldığı saptanmıştır. Bu doğrultuda bakım vericilerin yaşamdan zevk almaları ve hastaya daha kaliteli bakım vermesi için desteklenmesi önem arz edecektir.

Anahtar kelimeler: Palyatif; bakım yükü; yaşam doyumu.

ABSTRACT

Introduction/Aim: While trying to provide more effective and quality care services to patients hospitalized in palliative care units, the duty of care for patients' relatives is ignored and excessive responsibility is assumed. Therefore, this study was planned to determine the relationship between the care burden and life satisfaction of the caregivers of the patients in the palliative care unit.

Material and Method: The population of this descriptive and cross-sectional study consisted of patient relatives who were treated in the palliative care clinic of a university hospital between June and September 2022. In the research, no sample selection was made and it was aimed to reach the entire universe. A total of 112 patient relatives were reached. Data were collected by face-to-face interview technique using a personal information form that determines the sociodemographic characteristics of both the patient and the caregiver, Zarit Caregiving Burden Scale and Life Satisfaction Scale. ANOVA, Kruskal-Wallis, Man Whitney U test, Pearson Correlation and Regression analyzes were used to analyze the data.

Results: The average age of the patients participating in the study was found to be 64.57±8.60. It was determined that 64.32% of the patients were women, 67.9% were married, and 42.9% had primary education level. It was determined that 50% of the people responsible for care were related to the patient's child, 25% had an education level of high school, and more than half of their income levels were medium or above. It was determined that the average caregiving burden score of the people responsible for care was 56.46±3.75, and the average life satisfaction score was 12.92±1.13. It was determined that there was a significant negative relationship between caregiving burden and life satisfaction.

Conclusion: According to the results of the research, it will be important to support caregivers so that they can enjoy life and provide better quality care to the patient.

Keywords: Palliative; care burden; life satisfaction.

1. Giriş

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve tıptaki gelişmeler nedeniyle beklenen yaşam süresi daha da uzamaktadır. Uzayan yaşam süresi kronik hastalıkları ve bu hastalıklar sonucu meydana gelen olumsuzlukları arttırmakta ve palyatif bakıma daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır (Şahin vd., 2012). Palyatif bakım; önceden sadece terminal dönmedeki hastaya bakım vermek olarak algılanmakta iken günümüzde kanser, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar gibi ciddi hastalıkların tanısından itibaren olası komplikasyonları önleme, tedavi etme, yaşam kalitesini arttırmada temel olan hasta ve yakınına dahil edildiği bütüncül bir bakımdır (Morison & Meier, 2004; Borasio, 2012)

Palyatif bakımda hastanın hastalık ve olumsuzlukları giderilmesi ve azaltılmasında bakım vericisi önemli rol oynamaktadır. Bakım verici genellikle birincil aile üyelerinden oluşmakta olup bakıma gereksinim duyan bireyin psikolojik, sosyal ve tıbbi yönden destekleyicisidir (Oechsle vd., 2013; Reigada vd., 2015). Uzun süre bakımda yer alan bakım vericilerin görev ve sorumlulukları da artmaktadır. Desteklenmedikleri takdirde bu işlemler bakım vericilere sosyal, psikolojik ve fiziksel yönden "yük" olmaktadır. Bakım vericilerin rutin işlerini aksatmalarına, aile içi rolünü yerine getirmede yetersizliğe, duygusal ve fiziksel olarak yorgunluğa neden olabilmektedir (Mollaoğlu vd., 2011). Önceliği bakım verdiği kişi olduğu için bakım vericilerde şahsi sağlık problemleri genellikle göz ardı edilmektedir (Tripodoro vd. 2015). En çok görülen sağlık problemlerinin başında fiziksel ve duygusal yakınmalar gelmektedir. Fiziksel yakınmalar; uykusuzluk, sırt ağrıları... gibi yorgunluğu artırıcı durumlar yer almaktadır. Duygusal yakınma olarak ise korku, kayıp, stres, tükenmişlik, depresyon, yaşam kalitesinde ve doyumunda yetersizlikler yer almaktadır (De Korte-Verhoef vd., 2014; Akgün vd., 2009). Duygusal yakınmalar genellikle mevcut durumla baş edememe problemleri, sorumluluğun artması ve kendini birey olarak yetersiz hissetmesinden kaynaklanmaktadır (Tanrıverdi, 2017). Literatür incelendiğinde palyatif bakıma ihtiyacı olan bireyler kadar bakımından sorumlu kişiler üzerinde de ciddi olumsuzluklara neden olduğu görülmektedir (De Korte-Verhoef vd., 2014). Bu nedenle bakıma ihtiyacı olan birey kadar bakım vericinin de her yönden desteklenmesi gerekmektedir.

Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalara daha etkili ve kaliteli bakım hizmeti sunulmaya çalışılırken, hasta yakınlarına yüklenen bakım görevi göz ardı edilmekte ve aşırı sorumluluk yüklenmektedir. Bu da bakım vericilerin yükünü artırarak ve yaşam doyumunu ile

kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle bu çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu kişilerin bakım yükleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır. Palyatif bakım kliniğine yatan bireylerin bakım vericileri üzerindeki bakım yükü ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir üniversite hastanesinin palyatif bakım kliniğinde tamamlanmıştır. Veriler Haziran-Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin palyatif bakım kliniğinde tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada tüm evrene ulaşılmak hedeflendiği için örneklem yöntemine gidilmemiş ve toplamda 112 hasta yakınına ulaşılmıştır. Araştırmaya iletişim problemi olmayan, herhangi bir psikolojik sağlık sorunu tanısı almamış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hasta yakınları dahil edilmiştir. Araştırmayı kabul etmeyen, form ve ölçekleri eksik dolduran kişiler dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada hem hastayı hem de hastanın bakımından sorumlu bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyici Kişisel bilgi formu, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından benzer araştırmalar taranması sonucu hazırlanmış olan formda hem hastaya yönelik yaş, medeni durum, mesleği, eğitim düzeyi, cinsiyeti, Kronik hastalık durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi gibi sorulardan oluşurken bakım vericiye yönelik ise cinsiyet, yakınlık derecesi ve eğitim düzeyi gibi tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır (Sağlam vd., 2016; Kalıncara & Kalaycı 2017).

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği: 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından oluşturulan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında İnci ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Ölçek

bakım gereksinimi olan bireylere bakmakla sorumlu olan kişilerin stres durumlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek 5 li likert tip olup 22 sorudan oluşmaktadır. Sorularda ters soru olmayıp ölçekten en az "0" puan alınabilirken en fazla "88" puan alınmaktadır. Puanın artması mevcut bakım yükünün arttığına göstergesidir (İnci&Erdem, 2008). Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,95 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Araştırmamızın Cronbach alfa değeri ise .91 olarak bulunmuştur.

Yaşam Doymu Ölçeği: Diener ve arkadaşları tarafından 1985 yılında envanter olarak geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçeye uyarlanması 1991 yılında Köker tarafından gerçekleştirilmiştir (Diener vd., 1985). Envanter 7'li likert tip olup toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Sorularda ters soru olmayıp 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde puanlanan ölçekten en az 5 en fazla 35 puan alınmaktadır. Puan arttıkça yaşam doyumunun arttığını göstermektedir. Cronbach alfa değeri .86 olan ölçeğin araştırmamızdaki değeri .85 tir (Köker, 1991).

Etik Onay

Araştırmaya Fırat Üniversitesinin Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan (2023/21 oturum sayılı karar 12 numaralı) etik onay ve ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Katılımcıların gönüllü onamları veri toplama formlarını doldurmadan önce alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada yer alan veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 yazılım programında değerlendirilmiştir. Bakım vericilerin ve hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile ifade edilmiştir. İki sürekli değişken bakım verme yükü ve yaşam doymu arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon yöntemi ve çok değişkenli Linear Regresyon analizi kullanılmıştır. Çoklu normal dağılım Mardia katsayısı ile kontrol edildi, çoklu normal dağılım sağlandığı için analize devam edildi. Değişkenlerin çoklu normal dağılım göstermesi için a: gözlenen değişken sayısı olmak üzere; "a*(a+2)" formülünden elde edilen değer Mardia Katsayısı'ndan büyük olması gerekmektedir Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde değişkenlerin ± 2 sınırını sağladığı görülmüş ve verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. (Kılınç vd., (2019) Çoklu doğrusal bağlantı için, Çoklu Doğrusal Bağlantı (VIF) Analizi yapılmıştır. Bütün demografik veriler Z dönüşümü kullanılarak standartlaştırılmış ve regresyon modeli kurulmuştur. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1. Hasta ve yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n=112)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Hasta)	64.57±8.60	
Cinsiyet		
Kadın	72	64.3
Erkek	40	35.7
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil	20	17.9
İlkokul	36	32.1
Ortaokul	28	25.0
Lise	28	25.0
Gelir durumu		
Kötü	36	32.1
Orta	64	57.2
İyi	12	10.7
Kronik Hastalık varlığı		
1 tane	20	17.9
2 tane	64	57.1
3 tane	24	21.4
4 ve üzeri	4	3.6
Medeni Durum		
Evli	76	67.9
Bekar	36	32.1
Meslek		
Ev hanımı	64	57.1
İşçi	12	10.7
Memur	12	10.7
Emekli	16	14.3
Çiftçi	4	3.6
Diğer	4	3.6
Sağlık Güvencesi		
Var	76	67.9
Yok	36	32.1
Yerleşim Yeri		
İl	56	50.0
İlçe	36	32.1
Köy	20	17.9
HASTA YAKINI		
Yakınlık derecesi		
Eş	40	35.7
Evlat/çocuk	56	50.0
Kardeş	16	14.3
Cinsiyet		
Kadın	84	75
Erkek	28	25
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	8	7.1
İlkokul	48	42.9
Ortaokul	24	21.4
Lise	32	28.6

*Okur yazar olmayan hasta yakınlarına araştırmacı tarafından sorular okunmuştur.

Tablo 1' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 64.57±8.60 olduğu saptanmıştır. Hastaların %64.3'ünün kadın. %32.1 nin eğitim düzeyinin ilkök. %57.1'inin gelir düzeylerinin orta olduğu. %57.1 inin en az iki kronik hastalığa sahip olduğu. %67.9'unun evli. % 57.1 inin ev hanımı olduğu. %67.9'unun sağlık güvencesine sahip olduğu

ve % 50 sinin il merkezinde yaşadığı tespit edilirken bakım vericilerin %75 inin kadın. %50'sinin yakınlık derecesi olarak hastanın çocuğu olduğu ve %42.9 unun ise eğitim seviyesinin ilkökul düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım vericilerin bakım verme yükü ile yaşam doyumları puan ortalamalarının dağılımı

	Min.-Max.	Ortalama \pm SS
Bakım Verme Yükü	50.00-63.00	56.46 \pm 3.75
Yaşam Doyumu	10.00-15.00	12.93 \pm 1.14

Bakımdan sorumlu kişilerin bakım verme yükü puan ortalamalarının 56.46 \pm 3.75. Yaşam doyumuna puan ortalamalarının ise 12.93 \pm 1.14 oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım vericilerin bakım verme yükü ile yaşam doyumları arasındaki ilişki

	Bakım Verme Yükü
Yaşam Doyumu Ölçeği	r:-0.456 p: .000**

r=korelasyon katsayısı

Bakım verme yükü ile yaşam doyumunda negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit

Tablo 4. Sosyo-demografik özelliklerin bakım vericilerin bakım yükü üzerine etkisinin regresyon analizi ile incelenmesi

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		p	Güven Aralığı		VIF
	β	Standart Hata	Beta	t		Alt sınır	Üst sınır	
Sabit	66.110	5.263		188.328	.000	55.869	57.059	
Yakınlık derecesi	-0.248	0.369	-0.066	-0.673	0.502	-0.980	0.483	1.499
Yaş	-1.527	0.603	-0.407	-2.534	0.013*	-2.723	-0.331	0.989
Eğitim Düzeyi	1.750	0.548	0.466	3.194	0.002*	0.663	2.836	1.308
Gelir Seviyesi	-0.201	0.515	-0.072	-0.536	0.593	-1.276	0.733	1.235
Hasta Cinsiyeti	0.593	0.718	0.158	0.825	0.411	-0.833	2.018	1.688
Hasta yaşı	0.731	0.563	0.195	1.300	0.197	-0.385	2.018	1.488
Hastada Ek Kronik Hastalık	-0.575	0.460	-0.153	-1.250	0.214	-1.488	0.338	1.333
Medeni Durum	-0.812	0.693	-0.216	-1.171	0.244	-2.187	0.564	1.298
Bakım Verici Eğitim Düzeyi	-1.868	0.427	-0.498	-4.379	0.000*	-2.714	-1.021	1.905
Hasta Mesleği	-0.924	0.653	-0.246	-1.415	0.160	-2.220	0.372	1.705
Hastanın Sağlık Güvencesi	-1.550	1.153	-0.194	-1.345	0.182	-1.800	0.346	1.223
Hastanın Yerleşim Yeri	1.127	0.349	0.300	3.230	0.002*	0.435	1.819	1.342

F: 4.694, p:0.000^b, R:0.602^a, R²:0.363

a. Bağımlı değişken: Bakım yükü ölçeği toplam puan

b. Bağımsız değişkenler: Yakınlık derecesi, Yaş, Eğitim düzeyi, Gelir seviyesi, Hasta cinsiyeti, Hasta yaşı, Hastada ek kronik hastalık, Medeni durum, Hasta eğitim düzeyi, Hasta mesleği, Hastanın sağlık güvencesi, Hastanın yerleşim yeri

* p<0.05, F: Anova, R: Korelasyon katsayısı, VIF: Çoklu Doğrusal Bağlantı

edilmiştir. Yani bakım yükü arttıkça yaşam doyumunun azaldığı saptanmıştır. (Tablo 3).

Tablo 4'te hastaların sosyo-demografik özelliklerinin bakım yükü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla linear regresyon enter modeli kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak; yakınlık derecesi, yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, hasta cinsiyeti, hasta yaşı, hastada ek kronik hastalık, medeni durum, bakım verici eğitim düzeyi, hasta mesleği, hastanın sağlık güvencesi, hastanın yerleşim yeri gibi demografik değişkenler kullanıldı. Bakım yükü ölçeği toplam puanı bağımlı değişken olarak alındı. Bakım yükü ölçeği puanı üzerinde demografik verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve R=.602. R²=.363 olarak bulunmuş. Bakım yükü ölçeği bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %36'sının bu değişkenlerce açıklandığı ve istatistiksel olarak sonucun önemli (p<0.001) olduğu saptanmıştır. Yaş, eğitim düzeyi (ilkokul), bakım verici eğitim düzeyi (ilkokul) ve hastanın yerleşim yeri değişkenlerinin bakım vericinin bakım yükü üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 5'te hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yaşam doyumu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla linear regresyon enter modeli kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak; yakınlık derecesi, yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, hasta cinsiyeti, hasta yaşı, hastada ek kronik hastalık, medeni durum, bakım verici eğitim düzeyi, hasta mesleği, hastanın sağlık güvencesi, hastanın yerleşim yeri gibi demografik değişkenler kullanıldı. Yaşam doyumu ölçeği toplam puanı bağımlı değişken olarak alındı. Yaşam doyumu ölçeği puanı üzerinde demografik verilere bağlı

özelliklerin etkisi belirlenmiş ve $R=0.647$. $R^2=0.419$ olarak bulunmuş, yaşam doyumu ölçeği bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %41'inin bu değişkenlerce açıklandığı ve istatistiksel olarak sonucun önemli ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır. Yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, hastada ek kronik hastalık varlığı, bakım verici eğitim düzeyi, hasta mesleği ve hastanın yerleşim yeri değişkenlerinin bakım vericinin yaşam doyumu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklerin bakım vericilerin yaşam doyumu üzerine etkisinin regresyon analizi ile incelenmesi

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		p	Güven Aralığı		VIF
	β	SE	Beta	t		Alt sınır	Üst sınır	
Sabit	12.929	0.087		149.139	.000	12.757	13.101	1.499
Yakınlık Derecesi	-0.498	0.107	-0.439	-4.676	.000*	-0.710	-0.287	1.004
Yaş	0.045	.0174	0.039	0.256	0.798	-0.301	0.390	1.308
Eğitim Düzeyi	-0.410	0.158	-0.361	-2.588	0.011*	-0.724	-0.096	1.825
Gelir Seviyesi	0.052	0.146	0.046	0.355	0.724	-0.238	0.342	1.688
Hasta Cinsiyeti	0.155	0.208	0.136	0.746	0.457	-0.257	0.567	1.488
Hasta yaşı	0.212	0.163	0.187	1.304	0.195	-0.111	0.535	1.333
Hastada Ek Kronik Hastalık	0.335	0.133	0.294	2.515	0.013*	0.071	0.598	1.298
Medeni Durum	0.357	0.200	0.314	1.779	0.078	-0.041	0.754	1.007
Bakım Verici Eğitim Düzeyi	0.259	0.123	0.228	2.097	0.039*	0.014	0.503	1.701
Hasta Mesleği	0.570	0.189	0.501	3.017	0.003*	0.195	0.944	1.223
Hastanın Sağlık Güvencesi	0.148	0.156	0.130	0.944	0.347	-0.163	0.458	1.342
Hastanın Yerleşim yeri	0.268	0.101	0.236	2.660	0.009*	0.068	0.468	1.499

F: 5.951, p: 0.000^b, R: 0.647^a, R²: **0.419**

a. Bağımlı değişken: Yaşam doyumu ölçeği toplam puan

b. Bağımsız değişkenler: Yakınlık derecesi, Yaş, Eğitim düzeyi, Gelir seviyesi, Hasta cinsiyeti, Hasta yaşı, Hastada ek kronik hastalık, Medeni durum, Hasta eğitim düzeyi, Hasta mesleği, Hastanın sağlık güvencesi, Hastanın yerleşim yeri

* $p<0.05$, F: Anova, R: Korelasyon katsayısı, VIF: Çoklu Doğrusal Bağlantı

4. Tartışma

Bu çalışma palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların bakımından sorumlu kişilerin bakım yükleri ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda bakımdan sorumlu kişilerin Bakım verme yükü puan ortalamalarının 56.46 ± 3.75 . Yaşam doyumu puanı ortalamalarının ise 12.92 ± 1.13 oldukları saptanmıştır. Literatürde araştırmamıza paralellik gösteren sonuçlar yer almakla birlikte farklı sonuçlarda tespit edilmiştir (Tuna & Olgun, 2010; Egici vd., 2019; Zaybak vd., 2012). Literatüre bakılınca genellikle Bakım vericilerin yaşam kalitesi, stres ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir.

Bakım verenlerin yakınlık derecelerine bakıldığında araştırmamızda daha çok çocuğu tarafından bakıldığı saptanmıştır. Araştırmamız Tuna & Olgun (2010), Egici vd., (2019), ve Akgün'ün (2014) çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Fakat Pang vd., (2002) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise bakım vericilerin çoğunluğu eşlerin oluşturduğu bulunmuştur. Araştırmamızda çocukların bakımda yer almasını Türk toplumunun aileye ve aileye büyüklerine saygının önemli rol oynadığını örf ve geleneklere bağlılığı söyleyebiliriz.

Yine aynı şekilde araştırmamızda bakım vericilerin daha çok kadın olması Zaybak, (2012) ve Egici vd., (2019) çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Ülkemizde bakım görevi anne, abla, eş rolü nedeniyle

daha çok kadına hitap etmektedir. Şefkat ve merhametin daha çok kadınla bütünleşmesi nedeniyle kadınlar daha çok bakım görevini üstlenmektedir.

Bakım vericilerin eğitim düzeyleri araştırmamızda %25 ile lise düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kahraman (2023)'ün çalışmasında %51.5lik oranda lise düzeyinde olduğu fakat bakım yükünün azaltılmasında eğitimin etkili olmadığı saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde Kahraman (2023) Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü puan ortalamasını ise 58.53±10.48. Yıldız ve vd. (2021)'nin çalışmalarında bakım veren bireylerin bakım verme yükü puan ortalamaları 56.2±14.8 ile yüksek bulunmuştur. Orak & Sezgin'in (2015) Kanser hastaları yakınları üzerine yaptıkları araştırmada ise bakım yükü puan ortalamaları 39.02±18.44 ile orta düzeyde bulunurken. Eğici vd., (2019) palyatif bakımda bakım gören hastaların hasta yakınlarının bakım verme yükü puan ortalamalarının 37.71±15.44 olarak bulunmuştur. Kezer (2022)'in covid-19 pandemi sürecinde yaşlılara bakım verenlerin bakım yükü ise 28.14±13.77 olarak bulunmuştur. Çalışmalar göstermektedir ki kronik hastalığın varlığına ve türüne göre bakım vericilerin yüklerinde değişimler olmaktadır. Araştırmamızda bakım verme yükü puan ortalaması ise 56.46±3.75 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmamızdaki örneklem grubunun daha yüksek oranda bakım yükünün olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda bakım vericilerin yaşam doyum puan ortalamaları 12.92±1.13 bulunmuştur. Araştırmamıza paralel olarak Kezer (2022)'in yaşlı bireylere bakım veren yakınlarının Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puan ortalaması ise 12.36±3.50 olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde yaşam doyumunu ile ilgili çok fazla çalışma olmadığı genellikle yaşam kalitesi üzerine çalışmaların yer aldığı tespit edilmiştir. Bakım vericilerin yükleri ve yaşam doyumunu ile ilgili araştırmaların çoğu Duman vd. (2020). Eğici vd. (2019). Kezer (2022) araştırmalarında bakım yükü ile yaşam doyumunu arasında negatif ilişki bularak bizim araştırmamıza paralellik göstermektedirler. Yani bakım yükü arttıkça yaşamdan alınan doyum azalmaktadır. Araştırmalar bu negatifliğin oluşumunda kronik hastalığın varlığı, bakım vericide de herhangi bir sağlık probleminin var oluşu, görev sorumluluğunun artması gibi durumların tetikleme neden gösterilmektedir (Orak ve Sezgin, 2015; Kezer, 2022).

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları; evrenin sadece bir hastanenin tek kliniği ile sınırlı kalması ve sonuçların

sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilmesidir.

6. Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda bakım yükü arttıkça yaşam doyumunun azaldığı saptanmıştır. Yaşam doyumunun azalması sadece bakım verilen grubu değil bakım vericileri de her yönden olumsuz etkilemektedir. Bakıma ihtiyacı olan bireyler kadar bakım vericilerde hem sosyal hem de sağlık yönünden desteklenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde olumsuz sağlık problemlerinin yanı sıra tükenmişlik, depresyon gibi ruhsal problemlerin yaşanması olası sorunların başında yer almaktadır. Bu kapsamda bakım vericilerin sosyal hizmet uzmanlarınca desteklenmesi, bakım yükünün diğer aile bireyleri tarafından da paylaşılması mevcut durumun iyileştirilmesinde ve kaliteli bakımın devamlılığında önem arz edecektir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazarlık Katkısı: Araştırma tasarımı, veri toplama ve analizi, makale yazımı ve literatür bilgisi sadece araştırmacı Hatice Pekince'ye aittir.

Teşekkür: Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve yakınlarına teşekkürlerini sunar.

Kaynaklar

Akgün, ZŞ. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (Koah) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi, 12(3):113-9.

Akgün, ZŞ. Polat, H. Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2):1-9.

Borasio, GD. (2011). Translating the world health organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care, 9(1):1-2.

De Korte-Verhoef, MC. Pasma, HRW. Schweitzer BP. Francke, AL. Onwuteaka-Philipsen BD. Deliens, L. (2014). Burden for Family Carers at the end of Life; a Mixed-method Study of the Perspectives of Family Carers and GPs. BMC Palliative Care, 13(1): 2-9

Diener, E. Emmons, RA. Larsen, RJ. and Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 49 (1). 71-75.

Duman, N., Serttaş, FÖ., Kolay Çepni, Ş., Kılıç Ceyhan, E., Demirkazık, ÇN. (2020). Şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren kadın aile üyelerinin

bakım yükü ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi,74(13): 419-25.

Egici, MT., Can, MK., Toprak, D., Öztürk, GZ., Esen, ES., Özen, B., Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. JAREN, 5(2):123-131. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.38247>

İnci, FH. Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4):85-95.

Kahraman, B. (2023). Palyatif Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yükü Ve Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

Kalinkara, V. Kalaycı, I. (2017).Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu. bakım yükü ve tükenmişlik. Elderly Issues Research Journal, 10(2):19-39.

Kezer, Ö. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yaşlıya Bakım Veren Bireylerde Bakım Yükü İle Yaşam Doyumu İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kılınc, E., İnceoğlu, F., & Aktaş, K. (2019). The effect of excess workload on psychological capital: A Study in the Transportation Industry. International Social Sciences Studies Journal, 5(35), 2586-96).

Köker, S. (1991). Normal Ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. DEUHYO ED. 4(3): 125-130.

Morison, RS., Meier, DE. (2004). Palliativecare. The New England Journal of Medicine, 350:2582-90.

Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., Mehnert, A. (2013). Symptom Burden in Palliative Care Patients: Perspectives of Patients. Their Family Caregivers and their Attending Physicians. Supportive Care in Cancer, 21(7): 1955-62.

Orak, OS., Sezgin, S. (2015). Kanseri hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(1):33-9.

Pang, FC., Chow, TV., Cummings, JL., Leung, VP., Chiu HF. Lam, LC. (2002). Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on chinese and american caregivers. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17(1):29- 34.

Reigada, C., Pais-Ribeiro, JL., Novella, A., Gonçalves, E. (2015). The Caregiver Role in Palliative Care: A Systematic Review Of The Literature. Health Care: Current Reviews, 3:2. <https://doi.org/10.4172/2375-4273.1000143>

Sağlam, Z., Koç, Z., Çınarlı, T., Korkmaz, M. (2016). Altmış beş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dergipark Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):40- 50.

Şahin, Ş., Toprak, S., & Ünal, E. (2012). Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. Medicine Science, 2012;1(4):232-43.

Tanrıverdi, G. (2017). Bakım Verenler Açısından Kronik Hastalık Yükü. İçinde: Editörler. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (Ed.). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 2. Baskı. s:395-400. Adana. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga Del Cuidador Principal De Pacientes En Cuidados Paliativos. Argumentos Revista de Critica Social, 2015; (17): 307-30.

Tuna, M., & Olgun N. (2010). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(1):41-52.

Yıldız, S., Kağan, A., Kurt, O., Korkmaz, S. (2021). Evaluation of perceived family burden care burden and quality of life of caregivers during the pandemic period. Ann Clin Anal Med., 1-6.

Zaybak, A., Güneş, ÜY., İsmailoğlu, EG., Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1): 48-54.



Evaluation of Caregiver Burden and Independence in Activities of Daily Living in Patients Undergoing Hip Fracture Surgery

Kalça Kırığı Ameliyatı Olan Hastalarda Bakım Veren Yükünün ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlığın Değerlendirilmesi

Esengül Agkale^a  Betül Tosun^b  Ezgi Dirgar^c  Nursemin Unal^d 

^a MSN, Necip Fazıl City Hospital, Kahramanmaraş, Turkey

^b PhD, Hacettepe University, Faculty of Nursing, Ankara, Turkey

^c PhD, Gaziantep University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Gaziantep, Turkey

^d PhD, Ankara University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Ankara, Turkey

ABSTRACT

Background/Objective: Hip fracture is a serious and common consequence of orthopedic trauma in older adults. The study aims to evaluate the level of independence in activities of daily living in patients having hip fracture surgery and the care burden of caregivers.

Methods: The study was conducted among patients aged 65 years and older (n=57) and caregivers (n=57) in a descriptive retrospective design. Data were collected using the Patient and Caregiver Descriptive Information Form, Nottingham Extended Activities of Daily Living Index (NEADLS) and Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI).

Results: The mean age of patients was 78.07±9.15 years and 64.9% of them were female. The mean NEADLS score was 18.61±13.97. The son/daughter of the patient was the caregiver in 64.1% of them and 17% of them reported their care burden as a severe burden (ZBI score >61). The burden of caregivers who were female, having a chronic disease and having children was higher. Patients who were female, illiterate, having a chronic disease, having surgery on their left side and developing pressure injury needed more assistance in activities of daily living.

Conclusion: The majority of caregivers of patients were female and they were daughters of the patients. The fact that patients having increased demand for assistance from caregivers in sustaining activities of daily living may be the cause of the increased care burden of caregivers. Given the burden of hip fractures on individuals and the community, strengthening the caregivers is crucial.

Keywords: Caregiver burden; caregivers; geriatrics; activities of daily living, hip fracture

ÖZ

Giriş/Amaç: Kalça kırığı yaşlı bireylerde ortopedik travmanın ciddi ve yaygın bir sonucudur. Çalışmanın amacı kalça kırığı ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini ve bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 65 yaş ve üzeri hastalar (n=57) ve bakım verenler (n=57) üzerinde tanımlayıcı retrospektif olarak gerçekleştirildi. Veriler, Hasta ve Bakıcı Tanımlayıcı Bilgi Formu, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Endeksi (NEADLS) ve Zarit Bakımveren Yükü İndeksi (ZBI) kullanılarak toplandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 78,07±9,15 yıl olup %64,9'u kadındı. Ortalama NEADL puanı 18,61±13,97 idi. Hastaların %64,1'inde bakım verenin oğlu/kızı olduğu ve %17'sinin bakım yükünü ağır bir yük olarak bildirdiği (ZBI skoru >61) görüldü. Kadın, kronik hastalığı olan ve çocuk sahibi olan bakım verenlerin yükü daha fazlaydı. Kadın, okuma-yazma bilmeyen, kronik hastalığı olan, sol tarafından ameliyat olan ve basınç yarası gelişen hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla yardıma ihtiyaç duyduğu belirlendi.

Sonuç: Hastalara bakım verenlerin çoğunluğu kadındı ve hastaların kızlarıydı. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bakım verenlerden yardım istemelerinin artması, bakım verenlerin bakım yükünün artmasına neden olabilir. Kalça kırıklarının bireyler ve toplum üzerindeki yükü göz önüne alındığında, bakım verenlerin güçlendirilmesi çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Bakıcı yükü; bakıcılar; geriatri; günlük yaşam aktiviteleri, kalça kırığı

The brief abstract of this study was presented (Oral) in 10. National Orthopedic and Traumatology Nursing Congress, October 2022, Antalya, Turkey

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Ezgi Dirgar

E-posta: ezgi.dirgar@gmail.com

Başvuru/Received: 18 January 2024

Kabul/Accepted: 4 April 2024

Yayın/Publication Date: 30 April 2024

1. Introduction

Hip fracture is a serious and common consequence of orthopedic trauma in older adults (Grigoryan, Javedan, & Rudolph, 2014). Worldwide, yearly hip fracture cases were 1,6 million in 2000 while it is estimated to be a maximum of 6.3 million in 2050 (Inoue, et al. 2017). It is also estimated that approximately 24000 cases of individuals having a hip fracture in 2009 will rise to 64000 cases in 2035 (Tuzun et al., 2012).

Nowadays, hip fractures become a global health problem which has significant socio-economic consequences on patients, families and health services funding. Management of such patients has a quite high financial cost, for instance, the cost of hospitalization per patient is about USD52,512 in United States (Adeyemi & Delhougne, 2019) and £14.008 in the UK (Leal et al., 2016). This economic burden is closely related to many variables including but not limited to hospitalization time, the timing of surgery, presence of a specialized orthopedic/geriatric unit and access to the rehabilitation after hospitalization (Alexiou et al., 2018)

Old age, osteoporosis and falls are the main risk factors for hip fractures. More than 85% of hip fractures are seen in individuals aged older than 65 years (Castelli et al., 2015). Hip fracture is associated with high mortality risk the yearly mortality rate is reported to be ranging from 14% to 36% in hip fracture cases in different studies (Lewis et al., 2022). Despite successful surgical methods, usually geriatric individuals with hip fractures are not able to restore their pre-fracture functional state. Therefore, the hip fracture has a noteworthy impact on the quality of life-related to medical problems and it leads to significant deterioration in the ability to independently perform basic activities of daily living such as mobility (especially in going up the stairs), changing clothes and having a bath. In the following year, 25-75% of individuals who are able to walk independently before hip fracture become dependent and they not able to recover their pre-fracture independence state (Amarilla et al., 2020; Bower et al., 2016). Given the fact that it is not always possible to rehabilitate geriatric patients with a hip fracture at the hospital till they are completely independent, their opportunities for care after discharge have great importance (Karlsson et al., 2022).

In a study evaluating the care given to patients with hip fractures, changes in consciousness, pressure injury, infection and nutritional problems are reported in most of the patients after hip fractures (Yuksel & Ulker, 2018). It is also reported that more than half of them

became completely dependent on all activities of daily living and they were discharged along with their problems (Soen et al., 2021). Caregivers are reported to be mostly not adequately briefed about the condition of the patient and they have a reasonable need to be informed about the condition of the patient, clinical pathways, stress management, financial issues, how to access nurse and physician, and practices of care (Xiao & Zhou, 2020; Akpinar et al., 2023).

The study aims to evaluate the level of independence in activities of daily living in patients having hip fracture surgery and the care burden of caregivers.

2. Material and Methods

Design

This descriptive study was carried out between April and June 2022 to retrospectively.

Sample

The universe of the study consisted of patients who had hip fracture surgery in two public hospitals and got discharged in 2020 and 2021 (n=206), no sample selected, while the sample consisted of patients who were still alive and volunteering to participate in the study (n=57) and their caregivers (n=57). It was intended to access all of the volunteering patients who had hip surgery during the mentioned timeframe and their caregivers who meet the eligibility criteria for enrolling. The patients were invited to the research by calling the contact number that they left as their contact number during hospitalization for surgery or which they gave permission to be called for their control examinations or any reason related to their health status by the hospital staff after discharge. Fifty-seven of 206 patients who underwent hip surgery met the sampling criteria. Sampling criteria were; having surgery due to a hip fracture between 1 January 2020 and 31 December 2021, patients upper than 65 years old, answering the phone number given as the contact number, having at least 3 months after the surgery, and volunteering to participate in the study. The eligibility criteria to be enrolled as a caregiver were being aged 18 years and older, and volunteering to participate in the study.

Data Collection Tools

Patient and Caregiver Descriptive Information Form

This form, which includes questions about the sociodemographic, social and medical characteristics of patients and caregivers, consists of 13 questions

(Alexiou et al. 2018; Bower et al. 2016; Huettee et al., 2020).

Nottingham Extended Activities of Daily Living Index (NEADL)

A validity and reliability study of Turkish version of this tool, which defines the patients' condition of independence in activities of daily living and their need for assistance, was carried out by Sahin et al. (Sahin et al., 2008). NEADL has four subsections, including mobility, kitchen, domestic, and leisure time activities, consisting of totally 22 items. Responses to items are calculated as: not performed, 0 point; with help, 1 point; on my own with difficulty, 2 points; on my own easily, 3 points. With summation of each item score, the total NEADL score is obtained that range between 0 and 66 points. Patients, having a total NEADL scores of 44 points and more, are accepted as not needing for assistance (Sahin et al., 2008).

Zarit Caregiver Burden Index (ZBI)

It was developed by Zarit et al. (Zarit et al., 1990), and the validity and reliability of Turkish version of ZBI was studied by Inci in 2006 and the alpha coefficient was found to be 0.95 (Inci, 2006). This tool, which has 22 items defining the impact of caregiving on individuals' life, can be filled on their own or by the interviewing researcher. Response options range from 0 (never) to 4 (nearly always). It presents the caregiver/patient relation, medical condition of the caregiver, psychological comfort, social life and economic burden. The maximum ZBI score is 88 points and the higher the score, the higher the burden of care. ZBI score of 0-20 points represents Minimal/No Burden, 21-40 points for mild burden, 41-60 points for moderate burden, and 61-88 points for severe burden (Tuncay et al., 2015).

Ethical Considerations of the Study

Before the study started, written permissions were obtained from the Noninvasive Researches Ethical Board of Hasan Kalyoncu University (Date:28.02.2022, Decision No: 2022/015), from the Provincial Health Directorate to which the relevant hospitals are affiliated, and from the administrations of the hospitals. Patients and their caregivers were informed about the study, the fact that participation in the research is in line with the principle of voluntariness, and they could quit anytime they want, and written/verbal consents were obtained. In every phase of the study requirements of the Helsinki Declaration were met.

Data Analysis

Data were analyzed with SPSS Statistics Program Pack (Version 25.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). For the descriptive statistics, categorical variables were presented in number (n), percentage (%), and continuous numeric variables were presented in mean \pm standard deviation. Normality testing was done by Kolmogorov Smirnov and Shapiro-Wilk tests. In the comparison of categorical variables Independent-Sample t-test was used. $p < 0.05$ was accepted as a statistical significance level at a 95% confidence interval.

3. Results

The mean age of patients was 78.07 ± 9.15 years, 64.9% of them were female, 73.7% of them were married, 75.4% of them were illiterate, 82.5% of them had an additional chronic disease, 56,1% of them had surgery on their right side, in 77.2% of them proximal femoral nail (PFN) surgical approach was performed, 17.5% of them had pressure injury during hospitalization. The mean total NEADL score of the patients was 18.61 ± 13.97 (Min:0, Max:49), and 96.4% of them had a score lower than 44 meaning that they needed assistance (Table 1).

Table 1. General Information about the Patients (n=57)

Characteristics	n	%
Gender		
Male	21	35.1
Female	36	64.9
Marital status		
Married	42	73.7
Single	15	26.3
Educational level		
Illiterate	43	75.4
Primary school	14	24.6
Chronic disease		
Yes	47	82.5
No	10	17.5
Fracture type		
Femoral shaft fracture	17	29.8
Femoral neck fracture	33	57.9
Femur intertrochanteric fracture	7	12.3
Fracture site		
Right	32	56.1
Left	25	43.9
Type of surgery		
PFN	44	77.2
PFP	13	22.8
Pressure injury formation during hospitalization		
Yes	10	17.5
No	47	82.5
Presence of existing pressure sores		

Yes	7	12.3
No	50	87.7
Readmission to hospital after discharge		
Yes	9	15.8
No	48	84.2
Fall in the post-op period		
Yes	7	12.3
No	50	87.7
Nottingham EADL score		
<44	55	96.4
>44	2	3.6
	Mean±SD	Min Max
Age (years)	78.07±9.15	65 99
NEADL total score	18.61±13.97	0 49
Mobility	4.85±3.93	0 15
Kitchen	5.96±4.01	0 15
Domestic	2.90±3.13	0 10
Leisure	4.42±4.04	0 15

NEADL: Nottingham Extended Activities of Daily Living

Of the caregivers 63.2% were female, 96.5% of them were married, 42.1% of them were primary school graduates, 75.4% of them were living together with a patient, 49.1% of them had children, 96.5% of them did not have any training on patient care and they volunteered to care, 59.6% of them had a chronic disease. The mean ZBI score of the caregivers was 68.14±14.46 (Min:44, Max:88), and 70.2% of them got 61-88 points meaning that they experienced severe burden (Table 2).

Table 2. General Information about Caregivers (n=57)

Characteristics	n	%
Gender		
Male	21	36.8
Female	36	63.2
Marital status		
Married	55	96.5
Single	2	3.5
Relationship to the patient		
Child	35	61.4
Spouse	19	33.3
Others	3	5.3
Chronic disease		
Yes	34	59.6
No	23	40.4
Educational level		
Illiterate	14	24.6
Literate	19	33.3
Primary school	24	42.1
Employment status		
Yes	16	28.1
No	41	71.9
Having children		
Yes	28	49.1
No	29	50.9
Voluntary to care		

Yes	55	96.5
No	2	3.5
Living with the patient		
Yes	43	75.4
No	14	24.6
Getting help with care		
Yes	45	78.9
No	12	21.1
Getting training on patient care		
No	2	96.5
Yes	55	3.5
Time spent for caregiving		
0-1 year	23	40.4
1-3 years	22	38.6
3-6 years	8	14.0
6 years and above	4	7.0
Care Burden according to ZBI		
Moderate burden (score:41-60)	17	29.8
Severe burden (score:61-88)	40	70.2
	Mean±SD	Min Max
Age (years)	56.75±14.06	31 83
ZBI total score	68.14±14.46	44 88

ZBI: Zarit Burden Interview

Mean ZBI scores of the caregivers who were female, had a chronic disease and had children were higher (respectively; p=0.001, p= 0.043, p=0.001). Mean ZBI scores did not reveal any significant difference according to whether they lived together with the patient or they volunteered to care for the patient (Table 3).

Table 3. Comparison of Caregiver Burden Scores According to Characteristics of Caregivers

Characteristics	n	ZBI		
		Mean±SD	Test (t) p	
Gender	Male	21	60.52±10.70	3.292
	Female	36	72.58±14.60	0.001*
Marital status	Married	55	67.94±14.62	0.530
	Single	2	73.50±10.60	0.598
Employment status	Yes	16	66.81±8.64	0.430
	No	41	68.65±16.24	0.669
Chronic disease	Yes	34	72.34±10.92	1.845
	No	23	65.29±15.96	0.043*
Voluntary caregiving	Yes	55	67.98±14.05	0.431
	No	2	72.50±31.81	0.668
Having children	Yes	28	74.53±13.76	0.556
	No	29	61.96±12.41	0.001*
Living with the patient	Yes	43	68.44±16.41	0.274
	No	14	67.21±5.46	0.785

*p<0.05, t= Student t test (test value), ZBI: Zarit Burden Interview

The patients who were male, illiterate, had an additional chronic disease, had surgery on their left side, had pressure injury during hospitalization, had pressure injury at the time of the study had higher NEADL scores and needed assistance in activities of daily living (respectively; $p=0.029$, $p=0.030$, $p=0.005$, $p=0.001$, $p=0.047$, $p=0.000$) (Table 4).

4. Discussion

The healing process after hip fracture surgery is associated with comorbidity, cognitive status and psychosocial factors, and the presence of functional losses affects their ability to perform activities of daily living (Ariza-Vega et al., 2019; Huette et al., 2020; Min et al., 2021). The findings of this study revealed that the vast majority of patients need help in maintaining activities of daily living after discharge. Female patients who were included in this study, who were illiterate, who had additional chronic diseases, who underwent left-side surgery, who had pressure injury during their hospital stay and who had existing pressure injury were evaluated to need help in their daily living activities. pressure injury are complications that prolong the discharge time and adversely affect mobility and functional independence (Ariza-Vega et al., 2019), and can develop as a result of not being mobile in and out of bed, and can be evaluated as both cause and effect of activities of daily living. Especially in geriatric female patients aged 70 years and older, hip fractures due to osteoporosis lead to more motility and morbidity (Min et al., 2021). The more the patients have comorbid chronic diseases, the more increased dependence on the patient and the need for home care services (Van de Ree et al., 2020). Postoperative complications are considered to affect the patient's overall well-being as an expected outcome (Grigoryan et al., 2014), increasing the need for care and caregivers.

Due to the short length of hospital stay after hip fracture surgery, patients need care and assistance at home in the post-discharge period. This need for care and assistance is usually met by a family member, often a spouse or daughter, because it is a much cheaper option (Avila et al., 2015; Diameta et al., 2018; Ariza-Vega et al., 2019). In this study, the caregiver role was mostly assumed by children and then spouses, who were mostly female, and the mean age of the caregiver was 56.75 years. Caregiver gender is mostly related to cultural norms, and the fact that most caregivers are women in this study can be related to the role of women as caregivers in Turkish society. Although the increase in the age of caregivers, concomitant chronic diseases and the need for care of the caregiver himself are expected to increase the burden of care, Ariza-Vega et al. (2019)

reported that the increase in the age of caregivers is associated with a decrease in the burden of care and that the care burden of young caregivers increases due to other concerns and responsibilities, such as the care of their children. Similarly, Zadzilka et al. (2018) found that the care burden of young caregivers caring for hip fracture patients is high.

Caregivers need to learn new skills to fulfill the new role they have taken on (Saletti-Cuesta et al., 2018; Zadzilka et al., 2018). However, as in this study, most caregivers did not receive any training. Because hip fracture is an unexpected traumatic condition, caregivers do not have the time and opportunity to be trained to take responsibility for care (Avila et al., 2015; Ariza-Vega et al., 2020; Diameta et al., 2018). Post-discharge caregivers feel lonely due to the uncertainties they experience regarding patient care and their lack of access to professionals who help them solve problems (Avila et al., 2015). A systematic review found that trained caregivers performed better in the caregiving role and had less emotional and mental burden during the process than those without any training (Saletti-Cuesta et al., 2016). Informal caregivers have roles not only to assist but also to provide patients with emotional, psychological support and motivation (Van de Ree et al., 2018). The increase in the care burden of caregivers and the psychosocial problems they experience may adversely affect the quality of care and lead to repeated hospitalizations. Therefore, health professionals should take measures to improve the current situation to reduce the burden on caregivers, provide appropriate social support to assist caregivers, and reduce their burden (Xiao and Zhou, 2020; Van de Ree et al., 2018).

In this study, the mean score of the care burden of the caregivers was high and almost all of them expressed the care burden as "severe".

A study of caregivers of osteoporotic hip fractures in Japan found the 13% of caregivers experiencing severe burden (Soen et al., 2021). In another study conducted in China; 20% of the caregivers experiencing severe burden (Xiao and Zhou, 2020). Ariza-Vega et al. (2019) reported in a study of 172 caregivers that the severe care burden was seen in 46%. In the time after the acute developing condition, the burden of care is expected to decrease with the use of support systems and the development of skills related to caring. Therefore, quantitative data on the care burden are suggested to be affected by many variables such the socioeconomic conditions of the patients and caregivers participating in the study, receiving assistance, social support systems, duration of caregiving and the time between research and surgery.

Table 4. Comparison of Characteristics of the Patients and NEADL Index Scores

Characteristics	NEADL Total Score	Mobility	Kitchen	Domestic	Leisure
Gender					
Female	21.25±17.08	6.32±4.67	5.95±4.01	3.10±3.65	6.05±5.53
Male	17.05±11.78	4.13±3.32	5.97±4.06	2.79±2.83	3.52±2.57
Test (t), p	1.066, 0.029*	1.873, 0.067	1.020, 0.984	0.343, 0.733	2.327, 0.024*
Marital status					
Married	20.02±14.03	5.26±4.06	6.24±3.91	3.02±3.09	4.80±4.22,
Single	14.93±13.59	3.73±3.45	5.20±4.32	2.60±3.33	3.40±3.41
Test (t), p	1.204, 0.234	1.300, 0.99	0.860, 0.394	0.444, 0.659	1.156, 0.253
Educational level					
Illiterate	16.67±12.08	4.26±3.29	5.76±3.94	2.62±2.94	3.50±2.91
Primary school	24.14±17.71	6.64±5.16	6.57±4.29	3.71±3.62	7.21±5.57
Test (t), p	1.754, 0.030*	2.103, 0.049*	0.650, 0.518	1.112, 0.267	3.223, 0.002*
Chronic disease					
Yes	16.26±12.84	4.12±3.57	5.38±3.79	2.51±2.89	3.78±3.58
No	30.33±14.16	8.66±3.70	9.00±3.96	4.88±3.68	7.77±4.81
Test (z), p	2.950, 0.005*	3.472, 0.001**	2.604, 0.012*	2.147, 0.036*	2.891, 0.006*
Fracture site					
Right	23.86±14.63	6.38±4.25	7.16±4.00	3.90±3.30	5.87±4.58
Left	12.04±9.95	2.96±2.47	4.48±3.56	1.66±2.44	2.64±2.27
Test (t), p	3.380, 0.001**	3.556, 0.001**	2.614, 0.012*	3.218, 0.002*	3.218, 0.002*
Pressure injury formation while in hospital					
Yes	9.75±11.79	2.44±3.24	3.55±3.67	1.37±2.50	1.77±2.38
No	20.15±13.85	5.31±3.91	6.42±3.94	3.17±3.17	4.39±4.10
Test (z), p	1.997, 0.047*	2.065, 0.044*	2.020, 0.048*	1.517, 0.135	2.224, 0.030*
Presence of existing pressure sores					
Yes	4.16±5.74	1.14±2.26	2.00±2.00	0.16±0.40	0.71±0.95
No	20.41±13.66	5.38±3.85	6.35±3.91	3.25±3.15	4.95±4.03
Test (t), p	2.861, 0.000**	2.833, 0.006*	2.988, 0.004*	2.369, 0.022*	2.751, 0.008*
Fall in the post-op period					
Yes	13.66±15.52	3.16±3.48	4.83±4.87	2.50±3.88	3.16±3.43
No	19.22±13.82	5.06±3.91	6.10±3.93	2.95±3.07	4.58±4.11
Test (t), p	0.918, 0.363	1.115, 0.270	0.727, 0.470	0.335, 0.739	0.807, 0.423

NEADL: Nottingham Extended Activities of Daily Living

*p<0.05, **p≤0.001, t=Independent-Samples T test, z= Man Whitney U test

The care burden of female caregivers who had chronic diseases and children to care for was higher. According to a qualitative study conducted at a specialized orthopedic center in Nigeria, informal caregivers reported that post-discharge patients experienced physical health problems due to support for activities of daily living (Diameta et al., 2018). In addition, the new role they assume without any experience and preparation can negatively affect the quality of life of caregivers (Van de Ree et al., 2018). Caregivers with chronic diseases have to make more of an effort to provide proper care. In addition, accepting the caregiver role, due to cultural norms, in addition to their domestic responsibilities it is also a challenge for female caregivers who already have children to care (Zadzilka et al., 2018). Caregivers, despite their own health problems, feel obliged to care for family members as a result of sociocultural beliefs (Diameta et al., 2018). On the other hand, some see this process as an opportunity to spend more time with the people they love (Parry et al., 2019).

5. Limitations

This study has some limitations. First; since some patients and their caregivers could not be reached from the contact numbers they provided during their surgery in the hospital, the mortality and morbidity status of the patients could not be identified clearly. Second; this is a retrospective study patients may not remember some of the situations which they experienced after surgery, and caregivers' perceptions of care burden, quality of life and social support may have changed as time progressed during the caregiving process.

6. Conclusions

It is obvious that with the aging population, the number of hip fracture cases will increase and the care burden of the caregivers of these patients will also be an important problem. Since the increase in the burden of caregiving adversely affects the quality of care and may lead to repeated hospitalizations, caregivers need to be supported. For this reason, it is recommended that nurses who care for geriatric hip fracture patients should include caregivers in the care process from the first day of hospitalization and continue effective discharge training in the patient care process.

Conflicts of interest: The authors have disclosed no potential conflicts of interest, financial or otherwise.

Funding: The authors have disclosed that they have no significant relationships with, or financial interest in, any commercial companies pertaining to this article.

Author contributions

Substantial contributions to the conception or design of the work, or acquisition, analysis or interpretation of data for the work; BT, NU, ED, EA; Drafting the work or revising it critically for important intellectual content; BT, NU, ED, EA; Final approval of the version to be published; BT, NU, ED, EA; Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved; BT, NU, ED, EA.

Reference

- Adeyemi, A., & Delhougne, G. (2019). Incidence and economic burden of intertrochanteric fracture: A Medicare claims database analysis. *JB JS Open Access*, 4, e0045. <https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.18.00045>
- Akpinar N. B., Unal, N., & Akpinar C. (2023). An overlooked and underestimated topic: Urinary incontinence in older adults and its impact on caregiver burden. *Journal of Gerontological Nursing* 49, 39-46 <https://doi.org/10.3928/00989134-20230310-01>
- Alexiou, K. I., Roushias, A., Varitimidis, S. E., & Malizos, K. N. (2018). Quality of life and psychological consequences in geriatric patients after a hip fracture: A review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 143-150. <https://doi.org/10.2147/CIA.S150067>
- Amarilla-Donoso, F. J., López-Espuela, F., Roncero-Martín, R., Leal-Hernandez, O., Puerto-Parejo, L. M., Aliaga-Vera, I., ... & Lavado-García, J. M. (2020). Quality of life in geriatric people after a hip fracture: a prospective study. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01314-2>
- Ariza-Vega, P., Ortiz-Piña, M., Kristensen, M. T., Castellote-Caballero, Y., & Jiménez-Moleón, J. J. (2019). High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. *Disability and Rehabilitation*, 41(3), 311-318. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1390612>
- Avila, M. A. G. D., Pereira, G. J. C., & Bocchi, S. C. M. (2015). Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: Fall prevention. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20, 1901-1907. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17202014>
- Bower, E. S., Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Rawson, K. S., & Lenze, E. J. (2016). Fear of falling after hip fracture: prevalence, course, and relationship with one-year functional recovery. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1228-1236. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.08.006>
- Castelli, A., Daidone, S., Jacobs, R., Kasteridis, P., & Street, A. D. (2015). The determinants of costs and length of stay for hip fracture patients. *PloS one*, 10(7),

e0133545.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133545>

Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S. U., Nwankwo, H. C., Obi, P. C., & Kalu, M. E. (2018). The burden experience of formal and informal caregivers of older adults with hip fracture in Nigeria. *SAGE Open Nursing*, 4.

<https://doi.org/10.1177/2377960818785155>

Grigoryan, K. V., Javedan, H., & Rudolph, J. L. (2014). Ortho-geriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 28(3), e49.

<https://doi.org/10.1097/BOT.0b013e3182a5a045>

Huette, P., Abou-Arab, O., Djebara, A. E., Terrasi, B., Beyls, C., Guinot, P. G., ... & Mahjoub, Y. (2020). Risk factors and mortality of patients undergoing hip fracture surgery: A one-year follow-up study. *Scientific Reports*, 10(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1038/s41598-020-66614-5>

Inci, F. H. (2006). Turkish adaptation, validity and reliability of the Caregiver Burden Scale. [Unpublished master's thesis, Pamukkale University Health Sciences Faculty Institute].

Inoue, T., Misu, S., Tanaka, T., Sakamoto, H., Iwata, K., Chuman, Y., & Ono, R. (2017). Pre-fracture nutritional status is predictive of functional status at discharge during the acute phase with hip fracture patients: A multicenter prospective cohort study. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1320-1325.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.08.021>

Karlsson, Å., Olofsson, B., Stenvall, M., & Lindelöf, N. (2022). Older adults' perspectives on rehabilitation and recovery one year after a hip fracture—a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 423.

<https://doi.org/10.3928/19404921-20190702-03>

Leal, J., Gray, A. M., Prieto-Alhambra, D., Arden, N. K., Cooper, C., Javaid, M. K., Judge, A., & Group RS. (2016). Impact of hip fracture on hospital care costs: A population-based study. *Osteoporosis International*, 27, 549–558.

<https://doi.org/10.1007/s00198-015-3277-9>

Lewis, S. R., Macey, R., Parker, M. J., Cook, J. A., & Griffin, X. L. (2022). Arthroplasties for hip fracture in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013410.pub2>

Min, K., Beom, J., Kim, B. R., Lee, S. Y., Lee, G. J., Lee, J. H., ... & Lim, J. Y. (2021). Clinical practice guideline for postoperative rehabilitation in older patients with hip fractures. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 45(3), 225-259.

<https://doi.org/10.5535/arm.2111>

Parry, J. A., Langford, J. R., & Koval, K. J. (2019). Caregivers of hip fracture patients: The forgotten

victims? *Injury*, 50(12), 2259-2262.<https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.09.030>

Sahin, F., Yilmaz, F., Ozmaden, A., Kotevoglou, N., Sahin, T., & Kuran, B. (2008). Reliability and Validity of the Turkish version of the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20 (5), 400-405.

Saletti-Cuesta, L., Tutton, E., Langstaff, D., & Willett, K. (2017). Understanding patient and relative/carer experience of hip fracture in acute care: a qualitative study protocol. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 25, 36-41.

<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.09.002>

Soen, S., Usuba, K., Crawford, B., & Adachi, K. (2021). Family caregiver burden of patients with osteoporotic fracture in Japan. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*, 39, 612-622.

<https://doi.org/10.1007/s00774-020-01197-9>

Tuncay, F. O., Mollaoglu, M., & Fertelli, T. K. (2015). Care burden and social support of caregivers caring for patients with chronic diseases. *Literatur Sempozyum*, 8, 5-10.

Tuzun, S., Eskiyurt, N., Akarirmak, U., Saridogan, M., Senocak, M., Johansson, H., & Kanis, J. A. (2012). Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. *Osteoporosis International*, 23(3), 949-955.

<https://doi.org/10.1007/s00198-011-1655-5>

Van de Ree, C. L., Ploegsma, K., Kanters, T. A., Roukema, J. A., De Jongh, M. A., & Gosens, T. (2018). Care-related quality of life of informal caregivers of the geriatric after a hip fracture. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s41687-018-0048-3>

Xiao, P., & Zhou, Y. (2020). Factors associated with the burden of family caregivers of geriatric patients with femoral neck fracture: A cross-sectional study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 15(1), 234.

<https://doi.org/10.1186/s13018-020-01749-9>

Yuksel, S., & Ulker, S. (2018). Evaluation of care in the patients with hip fracture: A prospective study. *JAREN*, 4(2), 65 – 74.

<https://doi.org/10.5222/jaren.2018.065>

Zadzilka, J. D., Klika, A. K., Calvo, C., Suarez, J. C., Patel, P. D., Krebs, V. E., ... & Higuera, C. A. (2018). Caregiver burden for patients with severe osteoarthritis significantly decreases by one year after total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 33(12), 3660-3665.





<https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.08.030>

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). The memory a behavior problems checklist and the Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center. p.260-64.



Determination of Compassion Fatigue of Health Workers Working in COVID-19 Services

COVID-19 Servislerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi

Fatoş Uncu^{a*}  Dilek Güneş^b  Nur Özlem Kılınç^a  Gamze Kırkıl^c 

^a PhD, Department of Public Health Nursing, Faculty of Health Sciences, Fırat University, Elazığ, Turkey

^b PhD, Department of Surgical Diseases Nursing, Faculty of Health Sciences, Fırat University, Elazığ, Turkey

^c PhD, Department of Pulmonology, Faculty of Medicine, Fırat University, Elazığ, Turkey

ABSTRACT

Background/Objective: In general, pandemic conditions require intensive and urgent intervention in terms of health care. This also negatively affects the physical and mental health of health workers. The aim of this research is to identify the compassion fatigue of health workers working in COVID-19 services.

Methods: This descriptive study was conducted on health workers (nurses, physicians) working in COVID-19 services of. This research was approved by the Fırat University's Non-Interventional Research Ethics Board (2020/16-26). As a result of the power analysis, the sampling quantity for health workers was identified as 310 in the study. All of the involved health workers gave written and oral informed consent before participating in this research. In addition to descriptive statistical methods, ANOVA and Student t-tests were used. Data from the study was collected using Personal Information Form and compassion fatigue-short scale (CF-short scale) through a face-to-face interview.

Results: The average age of the health workers involved in the study was 29.79±6.73, and 71.6% (n=222) were nurses and 64.2% (n=199) were women. The secondary trauma score of health workers is 24.50±10.45, occupational burnout score is 45.69±16.64 and total CF-short scale score is 70.19±25.13. The status of contact with the patient with COVID-19, the status of receiving psychological help during the pandemic was found to show statistically significant differences according to the CF-short scale scores, and the dimensions of the subgroup.

Conclusion: COVID-19 disease causes health workers to show more intense mental symptoms such as trauma and burnout. Supporting the coping mechanisms of health workers, especially during pandemic periods, will be effective in protecting their psychosocial health.

Keywords: COVID-19; physicians; nurses; compassion fatigue.

ÖZ

Giriş/Amaç: Genel olarak, pandemi durumları, sağlık hizmeti açısından yoğun ve acil müdahale gerektirmektedir. Bu durum da sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu araştırmanın amacı, COVID-19 servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğunun belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, COVID-19 servislerinde çalışan sağlık çalışanları (hemşireler, doktorlar) üzerinde yapılmıştır. Bu araştırma Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (2020/16-26). Araştırmanın örnekleme yapılan güç analizi sonucunda, 310 sağlık çalışanı olarak belirlenmiştir. İlgili sağlık çalışanlarının tümü, bu araştırmaya katılmadan önce yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam vermiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklere ek olarak ANOVA ve Student t-test kullanıldı. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşülerek, kişisel bilgi formu ve Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği (MY-KÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları 29.79±6.73 olup, %71.6'sı (n=222) hemşirelerden ve %64.2'si (n=199) kadınlardan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının ikincil travma puanı 24.50±10.45, mesleki tükenmişlik puanı 45.69±16.64 olup, toplam MY-KÖ ölçek puanı 70.19±25.13'tür. COVID-19'lu hastayla temas durumu, pandemi sürecinde psikolojik yardım alma durumu MY-KÖ ve alt grup boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç: COVID-19 hastalığı, sağlık çalışanlarının travma ve tükenmişlik gibi ruhsal belirtileri daha yoğunlukla göstermelerine neden olmaktadır. Özellikle pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarının başatme mekanizmalarının desteklenmesi, psikososyal sağlıklarını korumada etkili olacaktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19; hekimler; hemşireler; merhamet yorgunluğu.

This study was presented as a summary at the National Lung Health Congress (Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi) with International Participation.

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Fatoş Uncu

E-posta: funcu@firat.edu.tr

Başvuru/Received: 1 November 2023

Kabul/Accepted: 4 April 2024

Yayın/Publication Date: 30 April 2024

1. Introduction

In the last 20 years, many new outbreaks of infectious diseases have occurred around the world, such as the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak and the 2009-2010 A/H1N1 influenza (Preti et al., 2020). The new coronavirus disease outbreak originated in Wuhan, China, in December 2019 and was named COVID-19 by the World Health Organization (WHO, 2019). Due to the rapid spread of the disease globally, COVID-19 was declared as a pandemic on March 11, 2020 (WHO, 2020).

Coronavirus disease, a global public health problem, has become a pandemic that has killed many people. At the time of this study, there were more than 146 million cases and more than 3 million deaths in the World (WHO, 2020). In the data of the Ministry of Health of our country on the same date, the total number of cases was reported as 4 million and the death rate was reported as about 38 thousand (Republic of Turkey Ministry of Health, 2020). The COVID-19 outbreak produces a huge health care burden, with millions of cases and thousands of deaths (Zaka et al., 2020).

In general, pandemic situations require intensive and urgent intervention from the point of view of health care (Preti et al., 2020). This also negatively affects the physical and mental health of health workers. In studies conducted on health workers, it is observed that they very often experience symptoms such as post-traumatic stress, burnout, depression, and anxiety, which are assumed to be associated with their professional activities during the pandemic (Huang et al., 2020; Cao et al., 2020; Chung and Yeung, 2020; Lai et al., 2020; Mo et al., 2020).

Compassion fatigue refers to the acute onset of physical and emotional exhaustion, resulting in a decrease in feelings of compassion, which leads to a decrease in the desire and energy of health workers in their profession to empathize and care for others. In recent years, compassion fatigue has been recognized as a key stress response across the spectrum of health workers (Sinclair et al., 2017; Dikmen et al., 2016). During a pandemic, when there are more unknowns, this stress is felt more. During this period, health workers are struggling with the disease on the front lines, risking their lives, while on the one hand, they are under pressure due to long-term work shifts, working all day with personal protective equipment (PPE), and the fear of being infected, as well as the fear of infecting their relatives with a possible infection. Moreover, they experience significant existential stress associated with the loss of many patients, colleagues, or loved ones every day

(The Lancet, 2020; Zaka et al., 2020). Omri et al. In their study on healthcare professionals, they reported that the participants experienced moderate burnout and secondary traumatic stress (Omri et al., 2022). Ruiz Fernandez et al. In their study, it was stated that the compassion fatigue and burnout scores of healthcare professionals working in COVID-19 units and emergency services were higher (Ruiz et al., 2020). In their study, Lluch et al. aimed to determine the level of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in healthcare workers in the first year of the COVID-19 epidemic, as well as their associated risks and protective factors, from 2858 records in the CINAHL, Cochrane Library, Embase, PsycINFO, PubMed and Web of Science databases. They examined 76 records and stated that there was an increase in the burnout rate of healthcare professionals, the extent of emotional exhaustion, depersonalization and compassion fatigue (Lluch et al., 2022). This challenging process increases the risk of compassion fatigue for health workers.

This research was conducted to determine the conditions of compassion fatigue of health workers working in COVID-19 services. We aimed to answer the following question with this study:

- What level of compassion fatigue have healthcare professionals working during the COVID-19 pandemic experienced?

2. Material and Methods

Research design

This descriptive study was conducted between 01/01/2021 and 01/03/2020 on health workers (nurses, physicians) working in Fethi Sekin City Hospital and Firat University Hospital in a province of Elazig. As a result of the power analysis with a 0.05 error level, 0.95 confidence range, and 0.08 effect size, the sample quantity was determined as 310 health workers. Criteria for inclusion in the study are to be working in COVID-19 services and voluntary participation in the study.

Data collection

Data of the study was collected through the personal information form and compassion fatigue-short scale between 01/01/2021 and 01/03/2020. The data was collected face-to-face by a single researcher at the hospitals. The forms took about 10-15 minutes to fill out.

Personal Information Form: Health workers' age, gender, educational status, marital status, whether they have contact with the patient with COVID-19,

daily working conditions are included in the personal information form.

Compassion Fatigue-Short Scale (CF-short scale):

The compassion fatigue-short scale (CF-short scale) was developed by Adams et al (2006) and adapted to Turkish by Dinç and Ekinçi in 2019 (Dinç and Ekinçi, 2019). It has been found that the scale is a valid and reliable measurement tool in the assessment of compassion fatigue (Dinç and Ekinçi, 2019). The scale is a self-reporting assessment tool that asks participants to indicate to what extent each item of scale reflects their experience. It is a Likert-type scale with 10 points, ranging from rarely/never (1) and very often (10). The scale consists of two sub-dimensions: secondary trauma and occupational burnout. Items “c, e, h, j, l” in the scale measure secondary trauma; and items “a, b, d, f, g, i, k, m” measure occupational burnout. The Cronbach alpha coefficients of the sub-dimensions of the scale range from 0.80 to 0.90 and show sufficient internal reliability. In this study, the Cronbach Alpha coefficient was found to be 0.85. No scoring algorithm and cut-off point are specified for the scale. The lowest score to be taken from the scale is 13 and the highest is 130. As scores to be taken from the scale increase, the level of compassion fatigue experienced by individuals also increases (Dinç and Ekinçi, 2019).

Ethical assessment

This research was approved by the Firat University's Non-Interventional Research Ethics Board (2020/16-26) and the chief physicians of the hospitals where the study was conducted. All participants were told they were free to participate and could withdraw from the study at any time without prejudice. All of the involved nurses gave written and oral informed consent before participating in this research. At all stages of the research, the articles of the Helsinki Declaration were taken into account.

Data analysis

Statistical analysis of the data obtained as a result of the research was performed using SPSS software (v22.0; SPSS Inc). In addition to descriptive statistical methods (number, percentage, average, standard deviation), whether the data showed normal distribution was evaluated using the Kolmogorov-Smirnov test. ANOVA was used in group comparisons of three and above quantitative data, and a Student t-test was used in two-group comparisons. Statistical significance value was accepted as $p < .05$.

3. Results

The average age of the health workers involved in the study was 29.79 ± 6.73 , and 71.6% (n=222) were

nurses and 64.2% (n=199) were women. Also, 68.7% (n=213) of our research group have bachelor's degrees, 51.9% (n=161) of the health workers involved in the study were married, and 52.6% (n=163) stated that they had one or more children (Table 1).

Table 1. Distribution of socio-demographic characteristics of health workers

Socio-Demographic Characteristics	n	%
Age * 29.79 ± 6.73 (19-55)		
Profession		
Nurse	222	71.6
Doctor	88	28.4
Gender		
Woman	199	64.2
Man	111	35.8
Education Status		
Associate's degree	52	16.8
Bachelor's degree	213	68.7
Post graduate	32	10.3
PhD	13	4.2
Marital Status		
Married	161	51.9
Single	149	48.1
Is There a Child?		
No	147	47.4
One	52	16.8
Two	97	31.3
Three and more	14	4.5

The average scores of the sub-dimensions of compassion fatigue of health workers are shown in Table 2. The average total compassion fatigue score of health workers was 70.19 ± 25.13 , secondary trauma sub-dimension score was 24.50 ± 10.45 , and occupational burnout sub-dimension score was 45.69 ± 16.64 (Table 2).

Table 2. Comparison of health workers' Compassion Fatigue-Short Scale (CF-short scale) score averages

CF-short scale sub-dimensions and total points	Min-Max	X±SD
Secondary Trauma	5-50	24.50 ± 10.45
Occupational Burnout	8-80	45.69 ± 16.64
Total	13-130	70.19 ± 25.13

CF-short scale; Compassion Fatigue-Short Scale

In Table 3, the CF-short scale and sub-dimension score averages of health workers working with COVID-19 patients were evaluated. A statistically significant association was found between the status of contact with the COVID-19 patients and the average CF-short scale and sub-dimension scores ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in the CF-short scale total score and the burnout sub-dimension score averages in terms of taking psychological

support status and changes in working conditions during the pandemic period ($p < 0.05$). Among those who expressed changes in their working conditions during the pandemic period, the highest score in CF-short scale score averages was observed in the sub-dimension of a shift system and emergency calling situations, but there was no statistically significant association.

Table 3. Comparison of CF-SHORT scale and sub-dimension score averages of health workers working with covid-19 patients

	n	Secondary trauma X±SD	Occupational Burnout X± SD	Total X± SD
Have you been in contact with COVID-19 patients?				
Yes	266	25.41±10.34	47.48±15.97	72.90±24.21
No	44	19.02±9.49	34.81±16.66	53.84±24.64
		t=3.839	t=4.844	t=4.825
		p=0.001	p=0.001	p=0.001
Have you gotten psychological support?				
Yeah, I got it during the pandemic.	21	29.42±10.83	52.95±20.34	82.28±30.21
Yeah, I got it before the pandemic.	8	27.50±10.96	49.50±21.07	77.00±26.38
No, I haven't.	272	24.20±10.39	45.35±16.27	69.56±24.68
I don't want to say.	9	19.33±7.64	35.44±5.76	54.77±12.41
		F=2.619	F=2.688	F=3.088
		p=0.051	p=0.047	p=0.027
Has there been a change in your working conditions during the pandemic?				
Yes	279	24.88±10.22	46.31±15.96	71.20±24.05
No	31	21.06±11.93	40.06±21.36	61.12±32.40
		t=1.941	t=1.993	t=2.130
		p=0.0053	p=0.047	p=0.034
* If the answer is "yes," what's the difference?				
Workload	114	24.04±10.59	45.87±16.93	69.92±25.51
Flexible working	17	22.94±8.39	42.76±15.22	65.70±21.60
Shift system	46	27.97±10.27	50.30±15.53	78.28±21.79
Permission cancellation	88	24.22±9.95	45.02±14.92	69.25±23.32
Emergency call	14	28.14±9.28	49.21±15.90	77.35±23.55
		F=1.867,p=0.116	F=1.212,p=0.305	F=1.690,p=0.153

4. Discussion

In our study, which was planned as a descriptive type, compassion fatigue of health workers working in COVID-19 services was evaluated. Compassion fatigue is a condition of secondary trauma and occupational burnout caused by constant stress

exposure as a result of prolonged and intense contact with patients (Trumello et al., 2020). The secondary trauma score of the health workers participating in our study was 24.50±10.45, the average occupational burnout score was 45.69±16.64, and the total compassion fatigue-short scale score was

70.19±25.13 (moderate). A study conducted by Ruiz-Fernandez et al. on health professionals working in health centers during COVID-19 in Spain found that participants had moderate to high levels of compassion fatigue and burnout (Ruiz-Fernández et al., 2020). In a study conducted by Orru et al. on 184 health workers from 45 countries, the secondary traumatic stress score of health workers working on the front lines during the outbreak was 47.5% (Orrù et al., 2021). Situations such as globally high COVID-19 mortality and morbidity, healthcare workers working on the front lines, high fear of COVID-19 contamination, anxiety about infecting their families, and low psychological resilience suggest that healthcare workers' burnout and compassion fatigue increase.

One of the results of our study is that health workers who came into contact with COVID-19 patients had higher scores of secondary trauma, occupational burnout, and total compassion fatigue. At the same time, a statistically significant association was found between compassion fatigue and receiving psychological support during the pandemic and experiencing changes in working conditions. A study by Ruiz-Fernandez et al. also found that professionals caring for COVID -19 patients had higher levels of burnout and compassion fatigue than in other health care settings (Ruiz-Fernández et al., 2020). A study conducted by Orru et al. also found that the time spent with COVID -19 patients was positively associated with secondary traumatic stress levels (Orrù et al., 2021). A study conducted by Lai et al. on 1,257 health workers at 34 hospitals in China found that the psychological burdens of health workers in Wuhan, the origin and epicenter of the pandemic, such as stress, anxiety, were more severe (Lai et al., 2020; Mo et al., 2020). Psychological responses of health workers to COVID-19 may include pressures and concerns about the fact that COVID-19 is contagious from person to person, the rapid spread of the virus, their own health, the health of their family members, changes in work, and isolation (Ruiz-Fernández et al., 2020; Orrù et al., 2021; Wong et al., 2005). It is generally similar to research on healthcare workers (Lai et al., 2020; Mo et al., 2020; Ruiz-Fernández et al., 2020; Orrù et al., 2021).

5. Conclusions

It can be said that healthcare professionals are more affected by this situation than other professional groups during the Covid-19 pandemic process. Healthcare workers have played a key role by being on the front lines during the Covid-19 pandemic. These results suggest that healthcare workers who come into contact with COVID-19 patients have a high risk of

developing adverse mental health outcomes. It is important to determine and monitor the effects of the COVID-19 epidemic on healthcare workers fighting the pandemic. In order to prevent these effects from causing long-term problems in the coming years, each country should provide the necessary mental health services to healthcare professionals within its own healthcare system. Decision makers in health services should identify the mental and psychosocial problems of health workers in their working lives and provide the necessary support.

Conflicts of interest: The authors report no conflicts of interest

Funding: In this study, no financial support was received.

Author contributions

Fatoş Uncu: study design, data collection, first draft, statistical analysis.

Dilek Güneş- Nur Özlem Kılınc: study design, statistical analysis.

Gamze Kırkıl: study design, data collection.

All authors approval of the final version

Acknowledgment: The researchers express their sincere gratitude to all the health workers who voluntarily agreed to participate in this study and contributed.

Reference

- Cao, J., Wei, J., Zhu, H., Duan, Y., Geng, W., Hong, X., Jiang, J., Zhao, X., & Zhu, B. (2020). A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 252–254. <https://doi.org/10.1159/000507453>
- Chung, J., & Yeung, W. S. (2020). Staff Mental Health Self-Assessment During the COVID-19 Outbreak. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 30(1), 34. <https://doi.org/10.12809/eaap2014>
- Dikmen, Y., Aydın, Y., Tabakoğlu, P. (2016). Compassion fatigue: A Study of critical care nurses in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2879–2884.
- Dinç, S., Ekinci, M. (2019). Turkish Adaptation, Validity and Reliability of Compassion Fatigue Short Scale. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(1), 192–202. <https://dx.doi.org/10.18863/pgy.590616>
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene*

and occupational diseases, 38(3), 192–195.
<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare*. 10(2):364.

<https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>

Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management*, 28(5), 1002–1009.

<https://doi.org/10.1111/jonm.13014>

Omri, N., Ezzi, O., Ammar, A., Benzarti, W., Loghmari, D., Toulgui, E., Ben Abdelkarim, A., Boukadida, A., Njah, M., & Mahjoub, M. (2022). Compassion fatigue among frontline healthcare workers during the covid-19 pandemic in Tunisia. *PloS one*, 17(10), e0276455.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276455>

Orrù, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vaghegini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., Panait, E., & Gemignani, A. (2021). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 337.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18010337>

Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 43.

<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>

Republic of Turkey Ministry of Health (2020). COVID-19 Information Platform.

<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321–4330.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15469>

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69, 9–24.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>

The Lancet (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 922.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

Wong, T. W., Yau, J. K., Chan, C. L., Kwong, R. S., Ho, S. M., Lau, C. C., Lau, F. L., & Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 12(1), 13–18.

<https://doi.org/10.1097/00063110-200502000-00005>

World Health Organization. (2020, August 24). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19).

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

World Health Organization.(2020, May 18). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.

<https://covid19.who.int/>

Zaka, A., Shamloo, S. E., Fiorente, P., & Tafuri, A. (2020). COVID-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. *Journal of health psychology*, 25(7), 883–887.

<https://doi.org/10.1177/1359105320925148>



Experiences and Spiritual Well-Being of COVID-19 Intensive Care Unit Nurses who Contracted COVID-19

COVID-19 Geçirmiş COVID-19 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deneyimleri ve Manevi İyilik Hali

Sibel Sevinc^a  Bilge Bilgin^b 

^a PhD, Hatay Mustafa Kemal University, Faculty of Health Science, Nursing Department, Hatay, Türkiye

^b Nurse Msc, Hatay Training and Research Hospital, Intensive Care Unit, Hatay, Türkiye

ABSTRACT

Background/Objective: The work conditions of nurses have changed during the pandemic and they have been affected physically, mentally and emotionally from this process.

Objectives: The aim of the study is to determine the COVID-19 experiences and spiritual well-being of the COVID-19 ICU nurses.

Methods: A mixed method was used by collecting qualitative and quantitative data. The study was conducted in a COVID-19 ICU in a hospital in Turkey. The population of the study consisted of nurses working in ICU who provided treatment for COVID-19 patients. No sample selection was used. The sample consisted of a total of 22 nurses who contracted COVID-19, worked in the COVID-19 ICU. The study was conducted between October and December 2021. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 software was used in the quantitative data analysis. Open-ended questions were analysed via content analysis.

Results: It was found that the mean score of the Spiritual Well-Being Scale was 32.85 ± 5.69 . The scale that used had three subscales. The meaning subscale score was 12.85 ± 2.34 . Peace subscale's mean score was 10.90 ± 2.35 . Faith subscale means score was 9.10 ± 4.17 . In the Mann Whitney U test, those who did not attend any courses and scientific activities had a higher peace subscale score ($U= 23$; $P=0.038$). As a result of the content analysis, five themes were determined.

Conclusion: It can be asserted that spirituality is important for nurses, who are the occupational group that will be most affected in a pandemic, to cope with this difficult process, and it is necessary to include practices that will increase moral support in the trainings or plans to be made.

Keywords: COVID-19; Nurses; ICU; Spiritual well-being

ÖZ

Giriş/Amaç: Pandemi sürecinde hemşirelerin çalışma koşulları değişmiş ve bu süreçten fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak etkilenmiştir. Çalışmanın amacı COVID YB da çalışan COVID geçirmiş YB hemşirelerinin COVID 19 deneyimlerinin ve manevi iyilik halinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma nitel ve nicel veriler toplanarak karma yöntemle gerçekleştirildi. Çalışma COVID hastalarının takip edildiği Türkiye'de bir hastanede YB da yapıldı. Çalışmanın evrenini COVID geçirmiş YB görev yapan hemşireler oluşturdu, çalışmada örneklem seçimi yapılmadı, COVID YB da görev yapan COVID geçirmiş 22 (tüm hemşireler) hemşire çalışmanın örneklemine oluşturdu. Çalışma Ekim – Aralık 2021 tarihlerinde yürütüldü. Nicel veri analizinde Windows 22.0 için SPSS (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi) yazılımı kullanıldı. Açık uçlu sorular içerik analiziyle analiz edildi.

Bulgular: Çalışma sonunda Manevi iyilik hali ölçeği puan ortalaması 32.85 ± 5.69 (18-45 puan) olarak saptandı. Kullanılan ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktaydı. Mana-anlam boyutu puan ortalaması 12.85 ± 2.34 . Huzur boyutu puan ortalaması 10.90 ± 2.35 . 3- İnanç boyutu puan ortalaması 9.10 ± 4.17 olarak saptandı. Yapılan Mann Whitney U testinde, kurs ve bilimsel etkinliğe katılmayanların huzur alt boyut puanı daha yüksekti ($U= 23$; $P=0.038$). Verilerin içerik analizi sonucunda beş tema elde edildi.

Sonuç: Pandemiden en fazla etkilenecek meslek grubu olan hemşireler için maneviyatın önemli olduğu söylenebilir. Bu zorlu süreçle baş edebilmek için yapılacak eğitimlerde veya yapılacak planlarda manevi desteği artıracak uygulamalara yer verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; hemşireler; YBÜ; manevi iyilik hali.

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Sibel Sevinc

E-posta: sibelsevis@gmail.com

Başvuru/Received: 8 December 2024

Kabul/Accepted: 26 April 2024

Yayın/Publication Date: 30 April 2024

1. Introduction

The COVID-19 pandemic has caused serious cases and deaths all over the world. Intensive care (ICU) nurses are among the healthcare professionals most affected during this period. Intensive care nurses have experienced serious stress and anxiety for themselves and their families and immediate circle. According to Kiraner et al., (2020); causes of stress and anxiety include lack of information about the pandemic, feelings of helplessness, weakness, and burnout, feeling worthless and unimportant, the feeling of coping with the pandemic alone, having young children and family members in need of care, stigma, exposure to violence, failing to express the problems experienced in the fight against the pandemic sufficiently, pressure over professionals by their superiors to express their problems, making a general description as "other healthcare professionals" in response to intense effort shown in the fight against the pandemic, and ethical dilemmas in patient care management, all of which have knocked nurses out during this period. Therefore, it is thought that when ICU nurses get infected with virus, this makes their experiences complicated. In their study, Alnazly et al., (2021) found that healthcare workers were afraid, depression, anxiety, and stress, these were associated with being male, married, 40 years and older, and having more clinical experiences, and they received social support from their families and friends. In another study, it was determined that the workload of healthcare professionals increased, and their job satisfaction decreased during the pandemic (Leontjevas et al., 2021). The work conditions of healthcare professionals have changed during the pandemic, and they have been affected physically, mentally, and emotionally from this process (Montgomery et al., 2021; Ohue et al., 2021; Joo & Liu, 2021). Huang et al., (2020) stated that when young health personnel got ill and died in the early stage of the disease, this increased the fear of the virus and caused symptoms of anxiety and insomnia. It can be asserted that spiritual well-being can be effective in coping with this difficult period. Spirituality is particularly fundamental and worthy of study in this highly complex period: COVID-19 and its physical, social and psychological consequences represent a challenge for the mental well-being of the entire world population (Pirutinsky et al., 2020; Wang et al., 2020) Alquwez et al., (2022) have determined that spirituality helps nurses to overcome various challenges during the pandemic.

There are studies examining the experiences of nurses in various countries during the pandemic in the literature (Jang et al., 2022; Moradi et al., 2021; Brockopp et al., 2021; Lie et al., 2021; Cadge et al.,

2021; Fontanini et al., 2021; Catania et al., 2021; Muz & Yüce, 2021; Chau et al., 2021; Gordon et al., 2021). There are also studies examining spirituality- spiritual well-being in nurses who contracted COVID-19 (He et al., 2021; Radfar et al., 2021; Özlük & Bıkmaz, 2021; Ruiz-Roa, 2021). However, no study has been found examining the experiences and spiritual well-being of ICU nurses who contracted COVID-19 in Turkey.

With this study, it is thought that determining the difficulties experienced by ICU nurses who contracted COVID, their experiences during their positive periods, and their spiritual well-being can guide practices that can enhance the quality of care in ICU patients, look at this process from a different perspective and consider it within the scope of solution proposals. Therefore, the aim of this study was to determine the COVID-19 experiences and spiritual well-being of COVID-19 ICU nurses who contracted COVID-19.

2. Material and Methods

Design of the Study

This study was conducted through a mixed method by collecting qualitative and quantitative data in a COVID-19 ICU in a hospital in Turkey. The population of the study consisted of nurses working in ICU who contracted COVID-19. No sample selection was used. The sample consisted of a total of 22 nurses who contracted COVID-19 and worked in the COVID-19 ICU for at least 6 months and volunteered to participate in the study (Yıldırım & Şimşek 2021). The data were collected between October and December 2021 in the ICU nurses' rest room when the researcher, who was a graduate student and was also working as a nurse in the ICU, and the participant nurse were alone. In the study, a questionnaire containing socio-demographic characteristics and COVID-19-related data of the participants was used and the spiritual well-being scale was used. The questionnaire was prepared by the researchers upon the literature review. It has a total of 10 questions including age, gender, marital status, number of children, educational background, duration of working in the profession and the university, how they work, status of having an administrative duty, status of attending post-graduate courses/scientific activities related to the profession. The semi-structured interview form consisted of 15 questions about their experiences during the COVID-19 pandemic. Table 1 shows these questions. During Semi-structured interviews, the nurses' statements were recorded using a voice recorder. These interviews lasted for 30-45 minutes. A pilot study was conducted with two nurses before starting the study. No new questions were added after these interviews.

Table 1. Items of the questionnaire

1. When did you contract COVID-19? How long did it take?
2. How did you feel when you were tested positive for COVID-19?
3. How has your domestic life changed?
4. How has this process affected you and your family?
5. Did you have a relative who could give social support to you? What kind of things did you experience?
6. What are your experiences in the process of monitoring the disease during the disease?
7. Did you have fear of infection? What did you experience?
8. Was anyone from your close circle diagnosed with COVID-19? How did you feel?
9. Did you question your profession during this period? How did you question the health system and life?
10. Did you experience fear of death? How did you feel about death?
11. How has this process affected your financial situation?
12. Has your perspective on patients changed after the COVID-19 positive process? How has it changed?
13. Has your bond with your relatives increased after this process? How has it changed?
14. Did you apply the isolation exactly? What did you experience?
15. How did it feel to return to work after the COVID-19 process?

Spiritual Well-Being Scale

The scale developed by David Cella (FACIT Organization, 2022) consists of 12 statements and the highest score that can be obtained from the scale is 48. A high score indicates that the individual's mental well-being is in good condition. The Turkish validity of the scale was developed by Ay et al., (2019). The scale has 3 subscales (Meaning, peace, and faith). Meaning subscale (Items 2, 3, 5, and 8 are rated between 0 and 16 points). Peace subscale (Items 1, 4, 6, and 7 are rated between 0-16 points). Faith subscale (Items 9, 10, 11, and 12 are rated between 0-16 points). The items 4 and 8 are reversely scored. The sum of the scores of the subscales determines total score of the scale. The Cronbach's alpha value was 0.80. The Cronbach's alpha value was found to be 0.71 in this study.

Ethical considerations

Before starting the study, nurses were informed about the purpose and method of the study and their verbal and written consent was obtained. Approval from the

University's Clinical Research Ethics Committee (04.10.2021/15) and permission from the hospital management were obtained.

Data analysis

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 software was used in the data analysis. In the data assessment, numbers and percentages were used in descriptive statistics. When examining semi-structured interviews, the interviews were written down. In content analysis, which is one of the qualitative research methods, the data unit was determined as the answer given to each question. First, the researcher listened to and transcribed the audio recordings of the interviews and then repeatedly perused the transcripts, selecting significant statements from the participants' remarks. (Yıldırım & Şimşek 2021). The interviews were deciphered, and main themes were formed in line with the opinions of the interviewees. No computer program was used to analyze qualitative data.

Trustworthiness

Lincoln and Guba proposed five criteria for qualitative studies in pursuit of a trustworthy study: credibility (in reference to internal validity), transferability (in reference to external validity), dependability (in reference to reliability), confirmability (in reference to objectivity), and reflexivity (in reference to bias) (Korstjens & Moser, 2018). The researcher verified the themes in this study to ensure the validity of the data analysis. In this study, to ensure the accuracy and validity of the data analysis, the two authors analyzed the data in addition to constant discussion.

3. Results

The age range of the participants included in the study was 24-39 years and their mean age was 30.15 ± 5.08 . 70% of the participants were male and 50% were married. 65% of the participants had no children and the number of children ranged between 0-2. All of the participants were university graduates, their duration of working in the profession was 2-13 years and their mean duration of working in the profession was 6.00 ± 3.49 . Their working duration in the clinic was 2-13 years and their mean duration of working in the clinic was 4.75 ± 3.02 . They were all working in 24-hour shifts and none of them had an administrative duty. 50% of the nurses attended postgraduate courses/scientific activities related to the profession, 75% did not attend any course on spirituality, 60% used the social support as a spiritual coping method, and 40% used prayer. Nurse's illness date shows in Table 2.

Table 2. Profiles of participants

No	Gender	Age	Marital Status	Years of nursing experience	Illness date	Duration of treatment	Symptoms
1	F	25	Single	3	December 2020	10 Days at home	Severe back pain
2	M	31	Married	7	August 2020	7 Days at home	Weakness Slight fever
3	M	32	Married	8	December 2020	10 Days at home	Weakness Fever
4	F	39	Married	15	January 2020	30 Days at home	Pain Shortness of breath
5	M	28	Married	4	February 2021	14 Days at home	Nasal congestion Headache
6	M	28	Single	2	November 2020	10 Days at home	Backache
7	M	25	Single	7	December 2020	10 Days at home	Pain
8	M	25	Married	2	October 2020	7 Days at home	Weakness Tiredness Fever Chill
9	F	24	Married	2	December 2020	15 Days at home	Pain Weakness Tiredness
10	M	35	Married	7	December 2020	12 Days at home	Jointpain Fever
11	F	26	Single	4	January 2021	10 Days at home	Pain
12	M	32	Married	14	July 2020	23 Days at home	Chest pain
13	M	33	Single	10	January 2021	15 Days at home	Shortness of breath
14	F	36	Single	14	April 2020	20 Days at home	Pain
15	M	26	Single	3	April 2020	5 Days in the hospital and 14 Days at home	Pain
16	F	29	Single	5	November 2020	10 Days in the hospital and 5 Days at home	High fever Cough
17	M	38	Married	8	February 2021	7 Days at home	Pain
18	M	27	Single	3	September 2020	15 Days at home	Pain
19	M	39	Married	13	August 2020	15 Days in the hospital and 10 Days at home	Pain
20	M	25	Single	1	April 2021	10 Days at home	Pain

The mean score of the Spiritual Well-Being Scale was 32.85 ± 5.69 (18-45 points). The meaning subscale score range was 8-16 points and the meaning subscale mean score was 12.85 ± 2.34 . The peace subscale score range was 6-15 points and the peace subscale mean score was 10.90 ± 2.35 . Faith subscale score range was 2-15 points and faith subscale mean score was 9.10 ± 4.17 .

In the Mann Whitney U test, no difference was found between socio-demographic characteristics and disease-related characteristics and spiritual well-being scores. It was determined that there was a correlation between participation in vocational courses/scientific activities after graduation and the peace subscale. Those who did not attend the course and scientific activity had a higher peace subscale score ($U= 23$; $P=.038$). The Spearman's correlation analysis revealed no significant correlation between socio-demographic variables and spiritual well-being scale scores. As a result of the content analysis of the data collected through the semi-structured interview, five themes were obtained (Table 3).

Table 3. Themes regarding the experiences by nurses about surviving COVID-19

Fear and Concern
Empathy towards patients
Questioning
Emotions and experiences during isolation
Feelings about returning to work

Fear and Concern

The nurses, who contracted COVID-19, had concerns about the course of the disease and infecting their relatives and experienced fear of death.

A nurse who thought that their illness would get worse stated;

You are afraid that after how many days can I get worse? Or if I experience shortness of breath.... I will get worse while you sleep. Up till now, everyone in our family managed to get over the virus. Our mother and siblings would tend to us whenever we came down with a fever or would wake up in the middle of the night. But, now that I live alone, I'm afraid. (Nurse 1)

Here we connect patients with high-flow and CPAP. The only thing on my mind is that I would encounter that situation and would be admitted in intensive care. My condition would be very bad this way.(Nurse 10)

Well, we are working in the hospital, therefore we of course see that the course progresses step by step in

some patients. You concern if the same thing will happen to you on the first 1-2 days (Nurse 17)

Nurses were very afraid of infecting their children and older relatives in particular. Some of nurses who experienced such fear stated following statements;

Let's say I infected them and they died or they stayed in intensive care, I couldn't bear that mood. Such situation would make me frightened a lot, rather a sense of guilt. I certainly wouldn't want to experience that sense of guilt. (Nurse 6)

This is my biggest fear! I've got two kids at home, plus my six-month old niece/nephew. I'm afraid of passing the virus onto them. (Nurse 17)

Those who were survivors of the disease with milder symptoms said that they did not think about death; however, those who had more severe symptoms stated that they experienced this death fear. The nurses who experienced the fear of death expressed that period as follows:

I swore that my life was coming to an end that I wasn't going to wake up the next morning. Thinking about them isn't easy. I became more and more worried. I was still young, life was still beautiful after all (laughs). (Nurse7)

Fearing death (goes quiet) kills you before you die. Mentally, you swear you're going to die. It's unlike any other kind of fear. I get that. Your life flashes before your eyes -- all the good and bad. Movies do the same thing. My words fail me in trying to describe it.(Nurse 13)

Empathy towards patients

Although there are some who stated that their perspectives on patients did not change after the illness, most of the participants said that they developed a greater sense of empathy after experiencing the diagnosis and treatment process of the disease.

A nurse expresses her experiences after the diagnosis process as follows;

So.. Actually I haven't taken PCR samples from any patient since that day. Because, I realized how hurtful it is. It was very challenging for us to be a patient after becoming a healthcare worker.... how can I explain I felt so helpless, so worn out (Nurse 10)

They stated that after experiencing the disease, they developed a greater sense of empathy towards patients:

As long as I suffered from shortness of breath during that period, I understood what most of patients went through actually. I understood how it was, I started to approach more moderately towards them.. Sometimes... We could involuntarily get angry to patients.. Because they hurt themselves. In case of shortness of breath or pulling the CPAP mask out... I've become more moderate about this matter. So I understood exactly what they were going through. (Nurse 10)

Our perspective on patients has become even more important. I felt the need for more interest in them. And of course they are worse. ... Being with unfamiliar persons, being alone and being away from their families. Obviously, people feel humane sentiment during such period.. It is essential to see what these patients are going through. In this sense, we have become more emotional towards the patients. (Nurse 12)

Questioning

The participants stated that they questioned the profession, health system, life and social relations during and after the illness.

The nurses who said they questioned the profession stated:

This profession comes with many pros, but also has the potential to harm those around us. We're always facing huge risks. I often ask myself whether it's all worth it, and whether we see any worth in it. I've been questioning far too much over this duration. (Nurse 9)

Especially during the period when a great number of cases were reported, a nurse who contracted the disease stated;

We were diagnosed with COVID-19, we were taking care to COVID-19 patients during that period. After we contracted COVID-19, almost no employee called up us and asked how we are and what are we doing? Is there anything they can do for us? They said nothing. On top of that, when I called up our supervisors at the end of 9 days and expressed I was not feeling well and asked "Is it okay if I don't come tomorrow either?" They replied: No, unfortunately you have to go to work. At that moment, I realized how worthless I am. I thought I chose the wrong profession. and much more matters... (Nurse 13)

Another nurse said;

I understood better how valuable my profession is. This job has made us just as proud as it has exhausted us. (Nurse 14)

A nurse who stated that she questioned the health system expressed following statements:

Frankly, we questioned whether or not the health system was sufficient. Is the equipment enough or not? We questioned them. (Nurse 12)

The statements of the nurses who stated that they questioned their life after the illness and their social relations:

You question all aspects of life. You even lose all hope... because you're at the beginning of the road. You fool yourself into thinking that you won't have any trouble, that all will go smoothly. I was afraid at the start. I didn't know what was going to happen. It affected me badly. I started to question everything.... but for what! Why me(Nurse 15)

When someone suddenly falls ill, you fear you'll lose them. The way you talk changes. You dance around your words because you're afraid of saying the wrong thing. Maybe they don't have much time left. You realize that you love them more than you ever thought you did. That, in turn, strengthens your bond with them....(Nurse 16)

So it's good, I feel like my family bonds are getting stronger. As what I said, I spend more quality time with them now. (Nurse 19)

Emotions and experiences during isolation

The participants stated that they experienced social support during the isolation and were worried about their relatives rather than themselves. They stated that it was good to take a rest during the quarantine; but, they were very bored and felt very lonely.

Loneliness is god awful. I'm saying this as someone who had a heck of a time getting over Corona. I swore I was going to die alone, and that someone would find me dead one morning - I saw visions of people coming to collect my corpse. Feeling lonely is utterly terrible. In this process, unfortunately, we feel bad because we isolate ourselves completely. (Nurse 13)

Loneliness is an awful feeling. When you spend so much time alone and can't go out, you feel like you're isolated from society. I mean, it was like it was going to infect people, so actually it was a disgusting feeling. (Nurse 15)

The nurse, who was away from her family during this period, said:

Apart from my family and relatives I had close friends. They never left me alone and feeling their interest at that moment made me feel well. It was very positive really. (Nurse 16)

A nurse who had all of family members contracting COVID-19 said:

You know, when your concerns are actually your family, it's not your turn. Because you think of them first and try to deal with their troubles and everything related to them, it's not your turn to listen to yourself. So, when you are coughing, you forget this at that moment. If your spouse or child is coughing, your anxiety starts there. It's not your turn ... (Nurse 17)

Feelings about returning to work

The participants stated that they experienced different emotions related to returning to work after the illness and the process of recovering. They expressed that while nothing was as much a relief as surviving the virus as well as making it out of isolation/quarantine; they all felt exhausted while returning.

A nurse who stated that she returned to work with the feeling of relief since she was survivor of the disease said following statements:

Returning to work after that period actually felt very relief. Because I was a survivor. I felt very comfortable, I was able to take care of patients without thinking. (laughs) (NURSE 5)

Another nurse stated that she felt good to return to work despite everything.

While it put me off of my career, I remained positive because I enjoy working, I want to work. Returning to work is like medicine to me. (Nurse 12)

Another nurse expressed that it was very good to return to work after isolation.

Incredibly peaceful. I never thought I would be so happy to be here. It's fabulous to be in the hospital rather than being alone at home. And right now I definitely don't want to experience that time alone again (Nurse 15)

Nurses, who stated that her fatigue after the illness did not go away, explained their situation as follows:

I came back very tired. But the patients needed us, my teammates needed me. I tried to recover immediately, I started to pay more attention. Since we work in intensive care unit, works are more difficult here. It was hard, but I recovered. (Nurse 14)

It was somewhat difficult, largely because I was exhausted. I'd gotten over COVID-19, but it took everything out of me. Afterwards, I also had to readjust to [working] at the hospital, and to the order there. If you're used to working at a certain tempo... COVID-19 wipes you out and everything you do becomes drudgery all of the sudden. It affects you mentally. You

also shows become more sensitive towards your patients, too. That's also tiring... It just beats you. (Nurse 16)

4. Discussion

In this study, investigating the experiences and spiritual well-being of ICU nurses who contracted COVID-19, their spiritual well-being was found to be high. All ICU nurses had high spirituality scores, regardless of socio-demographic variables. Only nurses who did not participate in scientific activities in the profession had higher peace subscale scores than those who did not. Alquwez et al., (2022) proved that spirituality helped nurses to overcome various difficulties during the pandemic. Ohue et al., (2021) determined that the mental stress of nurses was high and their desire to quit their job increased during the COVID-19 pandemic. In this study, ICU nurses stated that they tried to cope with the process with spiritual practices such as receiving social support and praying. In their study, Gordon et al., (2021) determined that the COVID-19 ICU nurses used the prayer as coping method. It is an expected result that since all of the nurses were Muslims and prayer has an important place in the religion of Islam, the ICU nurses who faced death and various difficulties during the pandemic had strong spiritual feelings. Spirituality are particularly fundamental in this highly complex period: COVID-19 and its physical, social and psychological consequences represent a challenge for the mental well-being of the entire world population (Pirutinsky et al., 2020; Wang et al., 2020) The fact that the peace subscale was higher in those who did not participate in professional scientific activities can be associated with the fact that these nurses were less inquisitive.

One of the themes obtained as a result of the interviews with the nurses was fear and anxiety. Especially when they tested positive for COVID-19, they had concerns about the course of the disease and infecting their relatives, and they experienced fear of death. Similar findings were obtained in other studies conducted with nurses who contracted COVID-19. Nurses were worried that the fear of infecting their loved ones would cause them to feel guilty (He et al., 2020; Özlük and Bıkmaz 2021; Joo and Liu 2021; Muz and Yüce 2021). Studies with nurses providing care to COVID-19 patients have reported that nurses had fear of infection (Jang et al., 2022; Moradi et al., 2021; Muz and Yüce et al., 2021) and the feel sad and worried for the patients (Brockopp et al., 2021). In their study, Montgomery et al., (2021) found that experiencing the death of colleagues also increased anxiety and sadness. It can be asserted that the emotions experienced were

normal, since the disease is deadly and contagious and healthcare professionals are one of the most important sources for infection. It was stated that they developed a greater sense of empathy towards patients after the illness. Gordon et al., (2021) found that ICU nurses developed a sense of empathy towards patients. It can be asserted that it is an expected result that ICU nurses understand patients better after experiencing the same disease.

The nurses who participated in the study stated that they questioned the profession, health system, life and social relations during and after the illness. In a study conducted with nurses who had COVID-19 in Iran, the nurses stated that that they wanted to spend more time with their families after the illness despite social isolation and they emphasized the importance of lack of nurses and equipment in the profession (Radfar et al., 2021). Lack of equipment was questioned in studies conducted on early days of the pandemic (Catania et al., 2021; Muz and Yüce 2021; Gordon et al., 2021). In their study with COVID-19 ICU nurses, Cadge et al., (2021) stated that nurses questioned the hospital management and their personnel rights. Joo and Liu (2021) found similar results in their systematic review study. It can be asserted that ICU nurses who experienced a fatal illness during this period understood the value of their loved ones and life better and can better question the position of their profession and their gains.

ICU nurses who were subjected to isolation during the illness had various feelings and experiences. He et al., (2021), in their study with nurses who had COVID-19 in China, found that nurses felt lonely and restricted during the isolation, worried about their relatives, and received attention from their families and social circles. In their study, Chau et al., (2021) reported that the nurses stated that they isolated themselves for the fear of infection, they stayed at the hotel, not at home, which made them feel lonely and isolated.

He et al., (2021) determined that nurses missed returning to work with a sense of responsibility. In this study, they stated that they returned to work with feeling of tiredness; they stated that they could be more comfortable because they contracted the virus, they felt better in the hospital, and they missed their workplace. Other studies conducted with COVID-19 ICU nurses reported that nurses felt responsibility due to the ICU workload and inexperienced staff work (Montgomery et al., 2021; Cadge et al., 2021; Catania et al., 2021). These results, which are similar to the literature, can be explained by the high professional responsibility of ICU nurses. Considering all these results, it can be said that the high spiritual well-being of ICU nurses who were survivors of COVID-19 had a

positive effect on their experiences during the disease and in the following period. Even though they have not just had the disease, it can be said that both having the disease and caring for people suffering from the same disease have an impact on spiritual well-being.

5. Limitations

The limitation of this study is that it was conducted with a limited number of nurses who had COVID-19 in a single intensive care unit.

6. Conclusions

In this study, which was conducted with COVID-19 ICU nurses who contracted COVID-19, it was determined that their spiritual well-being was high, their spiritual well-being was not affected by different variables, and as a result of the interviews, the themes of fear and concern, empathy for patients, questioning, feelings and experiences during isolation, and feelings related to returning to work were determined. Based on these results, it can be asserted that spirituality is important for nurses, who are the occupational group that will be most affected in a pandemic, to cope with this difficult process, and it is necessary to include practices that will increase moral support in the trainings or plans to be made. Emphasizing the importance of spiritual well-being in nursing education can raise awareness that nurses can cope with difficult processes more easily.

Conflicts of interest: No conflict of interest between authors.

Funding: This research was conducted and written without support or funding from any commercial organization.

Author contributions: Concept: SS, BB, Design: SS, BB; Supervising: SS Financing and equipment: SS, BB Data collection and entry: BB, Analysis, and interpretation: SS, BB; Literature search: SS, BB, Writing: SS; Critical review: SS, BB.

Ethical consideration and procedure: Prior to the study, we obtained written permission from the hospital administration and approval (04.10.2021/15) from the University Medical Faculty clinical research ethics committee.

Reference

Alnazly, E., Khraisat, O.M., Al-Bashaireh, A.M., ve Bryant, C.L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Plos One*, 16(3), e0247679.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>

Alquwez, N., Cruz, J.P., ve Balay-odao, E.M. (2022). Nurses' spiritual well-being and the COVID-19 pandemic: A thematic approach. *J Nurs Manag.*, 30(3), 604–611. <https://doi.org/10.1111/jonm.13540>

- Ay, S., Gündüz, T., Özyurt, B.C., Çoban, A., ve Pişkin, A.A. (2019). The psychometric properties of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) in older adults living in nursing homes. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(Suppl.2), 22-28. <https://doi.org/10.5455/apd.5670>
- Brockopp, D., Monroe, M., Davies, C.C., Cawood, M., ve Cantrell, D. (2021). COVID-19 The Lived Experience of Critical Care Nurses. *J Nurs Adm.*, 51 (7/8), 374-378. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001032>
- Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., Grone, K., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M. E., Romain, F., Snyderman, C., Tehan, T., ve Robinson, E. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *J Nurs Manag.*, 29(7),1965-1973. <https://doi.org/10.1111/jonm.13353>
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., ve Bagnasco, A. (2021). Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *J Nurs Manag.*, 29(3), 404-411. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- Chau, J.P.C., Lo, S.H.S., Saran, R., Leung, C.H.Y., Lam, S.K.Y., ve Thompson, D.R. (2021). Nurses' experiences of caring for people with COVID-19 in Hong Kong: a qualitative enquiry. *BMJ Open*, 11(8), e052683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052683>
- FACIT Organization (2022). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being 12 Item Scale (FACIT-Sp-12). <https://www.facit.org/measures/FACIT-Sp-12>
- Fontanini, R., Visintini, E., Rossetini, G., Caruzzo, D., Longhini, J., ve Palese A. (2021). Italian Nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative analysis of internet posts. *Int. Nurs. Rev.* 68(2), 238–247. <https://doi.org/10.1111/inr.12669>
- Gordon, J.M., Magbee, T., ve Yoder, L.H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Appl Nurs Res.*, 59, 151418. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>
- He, J., Liu, L., Chen, X., Qi, B., Liu, Y., Zhang, Y., ve Bai, J. (2021). The experiences of nurses infected with COVID-19 in Wuhan, China: A qualitative study. *J Nurs Manag.*, 29(5):1180-1188. <https://doi.org/10.1111/jonm.13256>
- Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L. ve Zhou, Z. (2020). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*, 24(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
- Jang, H.-Y., Yang, J.-E., ve Shin, Y.-S. (2022). A Phenomenological Study of Nurses' Experience in Caring for COVID-19 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(5), 2924. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052924>
- Joo, J.Y., ve Liu, M.F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *Int. Nurs. Rev.*, 68(2), 202-213. <https://doi.org/10.1111/inr.12648>
- Kıraner, E., Terzi, B., Türkmen, E., Kebapçı, A., ve Bozkurt, G. (2020). Türk Yoğun Bakım Hemşirelerinin COVID-19 Salgınındaki Deneyimleri (Experiences of Turkish Intensive Care Nurses during the COVID-19 Outbreak). *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (Journal of Education and Research in Nursing)*, 17(3), 284-6. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.35556>
- Korstjens, I., ve Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract.*, 24, (1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Leontjevas, R., Knippenberga, I.A.H., Smalbrugge, M., Plouvier, A.O.A., Teunisse, S., Bakker, C., Koopmans, R.T.C.M., ve Gerritsen, D.L. (2021). Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging Ment Health.*, 25 (7), 1314–1319. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857695>
- Lie, I., Stafseth, S., Skogstad, L., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., ve Ræder J. Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ Open* 2021;11(10), e049135. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135>
- Montgomery, C.M., Humphreys, S., McCulloch, C., Docherty, A.B., Sturdy, S., ve Pattison N. (2021). Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK. *BMJ Open*, 11(5), e048124. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048124>
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K., ve Mollazadeh, F. (2021). Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *J Nurs Manag.*, 29(5):1159-1168. <https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Muz, G., ve Yüce, G.E. (2021). Experiences of nurses caring for patients with COVID-19 in Turkey: A phenomenological enquiry. *J Nurs Manag.*, 29(5), 1026–1035. <https://doi.org/10.1111/jonm.13240>
- Ohue, T., Togo, E., Ohue, Y., ve Mitoku, K. (2021). Mental health of nurses involved with COVID-19 patients in Japan, intention to resign, and influencing factors. *Medicine*, 100, (31), e26828. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000026828>

Özlük, B., ve Bıkmaz, Z. (2021). The experiences of nurses diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *Nurs Health Sci.*, 23(4), 916–924. <https://doi.org/10.1111/nhs.12881>

Pirutinsky, S., Cherniak, A.D., ve Rosmarin, D.H. (2020). COVID-19, mental health, and religious coping among american orthodox jews. *J Relig Health.*, 59(5), 2288–2301. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z>

Radfar, M., Pak, M.H.M., ve Mohammadi, F. (2021). The organisational and managerial challenges experienced by nurses recovered from COVID-19: A phenomenological study. *J Nurs Manag.*, 29(8), 2353-2363. <https://doi.org/10.1111/jonm.13394>

Ruiz-Roa SL. (2021). Bienestar es- piritual de enfermeros de las un- idades de cuidado intensivo en pandemia. *Rev. Cienc. Cuidad.* 2021; 18(2):8-18. <https://doi.org/10.22463/17949831.2849>

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al.(2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2021). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (Qualitative research methods in social sciences), Seçkin Yayıncılık, 12. Baskı, Ankara.



COVID-19 Pandemisi Sürecince Kemoterapi Alan Hastalarının Korku Düzeyleri ve Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi

Determination of Fear Levels and Hygiene Habits of Patients Receiving Chemotherapy During the COVID-19 Pandemic

Sinan Aslan^{a*}  Mahmut Dinç^b  Ramazan İnci^c 

^a Doç. Dr. Batman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Batman, Türkiye

^b Öğr. Gör. Batman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Batman, Türkiye

^c Dr. Öğr. Üyesi Batman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Batman, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Kemoterapi alan hastalar, zayıflamış bağışıklık sistemleri nedeniyle COVID-19 komplikasyonları açısından daha yüksek risk altındadırlar. Bu çalışma, COVID-19 pandemisi sürecince kemoterapi alan hastalarının korku düzeyleri ve hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın verileri 15 Mart-30 Mayıs 2022 tarihleri arasında Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji Ünitesinde toplanmıştır. Çalışmaya Onkoloji Ünitesinde ayakta tedavi alan 112 hasta katılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanıtıcı Formu", ve "COVID-19 Korku Ölçeği" ve "COVID-19 Hijyen Ölçeği" kullanıldı. Verilerinin istatistiksel analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Batman Üniversitesi Etik kurulundan etik onay alınmıştır (10.11.2021 Karar No: 2021/03-04).

Bulgular: Kemoterapi alan hastaların cinsiyetleri, medeni durum ve eğitim durumları ile COVID-19 korku düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile hijyen alışkanlıkları ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu çalışmada hastaların COVID-19 Hijyen Ölçeği puan ortalamaları 91.05 ± 20.45 ve Covid-Korku Ölçeği puan ortalamaları 15.55 ± 7.55 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Kemoterapi hastalarının korku düzeyleri ve hijyen alışkanlıkları orta düzeyde bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Davranış; COVID-19 korku; kemoterapi; hijyen; hemşirelik.

ABSTRACT

Introduction and Aim: Patients receiving chemotherapy are at higher risk for COVID-19 complications due to their weakened immune systems. This study was planned to determine the fear levels and hygiene habits of patients who received chemotherapy during the COVID-19 pandemic.

Material and Method: This study was conducted between March 15 and May 30, 2022 as cross-sectional and descriptive in the Oncology Unit of Batman Training and Research Hospital. The study included 112 outpatients in the Oncology unit. "Patient Descriptive Form", "Fear of Covid 19 Scale" and "COVID-19 Hygiene Scale" were used to collect research data. Statistical analysis of the data was made using the SPSS 25.0 program. In the analysis of the data, descriptive statistics, independent groups t test and ANOVA test were applied. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Batman University in order to conduct the study.

Results: A statistically significant difference was found between the gender, marital status and education status of chemotherapy patients and the level of fear of COVID-19. A statistically significant difference was found between the gender of the patients participating in the study and the Hygiene habits scale mean score ($p < 0.05$). In this study, the average score of the patients on the COVID-19 Hygiene Scale was found to be 91.05 ± 20.45 and the average score on the Covid-Fear Scale was 15.55 ± 7.55 .

Conclusion: Chemotherapy patients' fear levels and hygiene habits were found to be moderate.

Keywords: Behaviour; COVID-19 fear; chemotherapy; hygiene, nursing.

1. Giriş

Çin'in Wuhan kentinde 2019'un sonlarında bildirilen COVID-19 salgını, yeni koronavirüs (SARS-CoV-2)'tür. Türkiye'de ilk vakanın görülmesi ile 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilerek evrensel bir halk sağlığı krizine neden olmuştur. O zamandan beri küresel olarak yayıldı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün bunu bir salgın ilan etmesine yol açtı. Dünya çapında milyonlarca kişi bu hastalağı yakanıldı ve birçoğu ölümlerle sonuçlandı. Pandemi sonucunda ülkelerin ekonominin ektilmiş ayrıca bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve sağlığı üzerinde büyük etkileri oldu (Şentürk, 2022). Koronavirüs önleme tedbirleri arasında maske takmak, fiziksel mesafeyi korumak ve uygun olan bir aşı olmak şeklinde yer almaktadır. Kemoterapi, kanseri yönetmek için kullanılan bir tıbbi tedavi türüdür. Kemoterapi gören hastalarda yorgunluk, saç dökülmesi, mide bulantısı ve kusma, anemi, enfeksiyonlar ve iştah azalması gibi çeşitli yan etkiler görülebilir. Bu yan etkilerin şiddeti ve süresi kişiden kişiye değişir ve kullanılan kemoterapi ilaçlarının tipine ve dozuna bağlıdır. Bazı durumlarda, kemoterapinin yan etkilerini yönetmek ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek için ilaçlar kullanılabilir (Şentürk, 2002; Aldinç, 2022). Kanser tedavisi görenler de dahil olmak üzere onkoloji hastaları, zayıflamış bağışıklık sistemleri nedeniyle COVID-19 komplikasyonları açısından daha yüksek risk altındadırlar. Maske takmak, fiziksel mesafeyi korumak ve büyük toplantılardan kaçınmak gibi virüse maruz kalmamak için önlemler almaları önemlidir. Ayrıca, COVID-19 semptomları yaşarlarsa sağlık uzmanlarına bilgi vermeli ve tıbbi yardım alma konusundaki tavsiyelerine uymalıdırlar. Bazı durumlarda, kişinin sağlığına ve bulunduğu bölgedeki COVID-19 durumunun ciddiyetine bağlı olarak kanser tedavilerinin değiştirilmesi veya ertelenmesi gerekebilir. Bu süre zarfında gerekli bakım ve desteği almalarını sağlamak için sağlık ekibiyle düzenli iletişim çok önemlidir (Erşab, 2020).

COVID-19'a yakanlanma kemoterapi gören hastalar için endişelere sebep olmaktadır. Bilinmeyen korkusu, yan etkileri ve bunun günlük yaşamlarını etkilemesi endişe ve strese neden olabilir. Bazı kemoterapi ilaçları bağışıklık sistemini baskılayarak hastaları enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale getirebilir. Bu endişeleri gidermek için hastalar, sağlıklarını korumak için almaları gereken tedavi, yan etkiler ve önlemler konusunda kendilerini eğitebilirler. Ayrıca bu endişeleri sağlık ekipleriyle tartışabilir ve semptomlarını yönetmek ve korkularını azaltmak için bir plan geliştirebilirler. Sık sık el yıkamak ve büyük kalabalıklardan kaçınmak gibi basit adımlar enfeksiyonları önlemeye yardımcı olabilir. İyi hijyen sağlamak, kemoterapi hastalarının kendilerini daha

kontrollü hissetmelerine ve stres seviyelerini düşürmelerine yardımcı olabilir (Urakçı, Kalkan & Ebinç, 2021; Uçar, Açıkgöz & Ergün2020). Birleşik Krallık'ta COVID-19'lu hastanede yatan kanser hastalarında ölüm oranı %40,5 iken kanser olmayan hastalarda %28,5'tir (Palmieri, et al., 2020), Alman LEOSS verilerine ise COVID-19 ile ilişkili kanser hastalarında ölüm oranı %22,5 iken kanser olmayan hastalarda %14'tür (Rüthrich, et al., 2021). Sah ve arkadaşların yaptıkları çalışmada kemoterapi alan hastaların tamamına yakını (%98'i) ellerini burna, ağıza ve gözlerine temas etmekten ve aşırı kalabalık ortamlara girmekten kaçındıklarını, ellerini normalden daha sık aralıklarla yıkadıklarını belirtmişlerdir (Sah et al, 2020). İslam ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kanserli hastalar COVID-19'dan korunmak için sosyal mesafe kurallarına dikkat ettiklerini, kalabalık ortamlara girmekten kaçındıklarını, doktor randevularını iptal ettiklerini belirtmiştir (Islam, Rivera & Vidot, 2020). Bu açıdan bakıldığında kemoterapi hastaları COVID-19 sürecinde en hassas olan gruplarından bir grup olduğu, semptomları göstermesi durumunda tamamen dinlenme durumunda olması gerektiği, insan ve topluluklardan daha izole olması gibi önlemlerin alınması hem gerekli hem de diğer hasta gruplarına daha dirençli virüslerin bulaş olmaması için zorunluluk durumu olabilmektedir.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, kemoterapi alan hastaların COVID-19 pandemisi sürecinde COVID-19 korku düzeyleri ve COVID-19 hijyen alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Tasarımı ve Katılımcılar

Kesitsel araştırma olarak planlanan bu çalışmanın verileri 15 Mart-30 Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu çalışmanın evrenini Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Onkoloji Ünitesinde kemoterapi alan 112 hasta oluşturmuştur. Çalışmamıza 112 hasta katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

- Herhangi bir iletişim sorunu olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak

Veri Toplama Araçları

Araştırma veri toplama aracı olarak "Hasta Sosyodemografik Özellikler Formu", "COVID-19 Korku Ölçeği" ve "COVID-19 Hijyen Ölçeği" kullanıldı.

Hasta Sosyodemografik Özellikler Formu: Hastanın sosyo-demografik özelliklerini (hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu,

kronik böbrek yetmezliği dışında kronik hastalığın olma durumu, COVID-19 testi yapma durumu, yakınlarında COVID-19 geçirme durumu ve kronik hastalığın varlığı) sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır.

COVID-19 Korkusu Ölçeği: Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen ölçek, COVID-19 hastalığının neden olduğu korku düzeyini belirlemesini amaçlamaktadır (Ahorsu et al., 2020). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Satici ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır (Satici et al., 2020). Tek alt boyuttan oluşan ölçek, beşli likert tipinde (Kesinlikle katılmıyorum (1); Kesinlikle katılıyorum (5) puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçek 7 maddeden oluşmakta olup ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe COVID-19 korkusunun yükseldiğini göstermektedir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0.91 olarak bulundu.

COVID-19 Hijyen Ölçeği: COVID-19 salgın sürecinde bireylerin hijyen davranışlarını belirlemek amacıyla Çiçek ve arkadaşları tarafından geliştirilen "COVID-19 Hijyen Ölçeği" 6 alt boyuttan ve 27 maddeden oluşmaktadır. Değişen Hijyen Davranışları alt boyutu 6 maddeden (7., 11., 12., 14., 21. ve 27. maddeler), Ev hijyen alt boyutu 4 maddeden (16., 18., 19. ve 20. maddeler), Sosyal Mesafe ve Maske Kullanımı alt boyutu dört maddeden (1., 2., 3. ve 25. maddeler), Alışveriş Hijyeni alt boyutu 5 maddeden (15., 22., 23., 24 ve 26. maddeler), El Hijyeni alt boyutu beş maddeden (4., 5., 6., 8. ve 9. maddeler) ve Dışarıdan Eve Gelindiğinde Hijyen alt boyutu üç maddeden (10., 13. ve 17. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek 5'li likertli (hiçbir zaman (1), her zaman (5)) olup; ölçekten en düşük puan 27, en yüksek puan ise 135 alınmakta ve alınan yüksek puan bireylerin salgından korunmak amacıyla kişisel ve genel hijyene ilişkin davranış sergileme düzeyinin yüksek olduğunu, hijyen önlemlerine önem verdiğini göstermektedir (Çiçek et al., 2020). Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0.91 olarak bulundu.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Batman Eğitim Araştırma Hastanesi ve hastalardan çalışmalarda izin alındı. Araştırmanın etik kurul onayı ise Batman Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (10.11.2021 Karar no: 2021/03-04). Araştırmaya ilişkin açıklamaların yer aldığı ve araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu belirten bilgilendirilmiş onam yazısı katılımcılar tarafından okundu ve onayları alınmıştır. Çalışmanın her aşamasında 1964 Helsinki Bildirgesi standartlarına uyulmuştur.

Veri Analizi

Verilerinin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Packed for The Social Sciences) 25.0 IBM istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı özelliklerin analizinde sayı, yüzde, ortalama kullanıldı. Veriler normal dağılıma uygun olup olmadığı belirlemek amacıyla Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri ile normallik analizi yapıldı. Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testlerden Bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Ölçek güvenilirlik katsayısı Cronbach's Alpha cinsinden saptandı. Elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde %95 güven aralığı ve p<0.05 yanlılığı düzeyi dikkate alınmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1. Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n = 112)

Sosyodemografik Değişkenler	n	(%)
Cinsiyet	Kadın	70 62.5
	Erkek	42 37.5
Yaş (yıl)	50 ve altı	66 58.9
	51 ve üstü	46 41.1
Medeni Durum	Evli	100 89.3
	Bekar	12 10.7
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	867 77.7
	Ortaöğretim mezunu	17 15.2
	Üniversite mezunu	8 7.1
Gelir	Düşük	74 66.1
	Orta	38 33.9
	Yüksek	0 0.0
Kronik hastalığın varlığı	Evet	58 51.8
	Hayır	54 48.2
COVID-19 testi yaptırma durumu	Evet	91 81.3
	Hayır	21 18.8
COVID-19 tanısı alma durumu	Evet	35 31.3
	Hayır	77 68.8
Yakınlarında COVID-19 'a yakalanma durumu	Evet	59 52.7
	Hayır	53 47.3

Tablo 1'de kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kemoterapi alan hastaların %62.5'i kadın, %58.9'u 50 yaş altında, %89.3'ü evli, %77.7'si ilköğretim mezunu, %66.1'i düşük gelire sahip olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %81.3'ü COVID-19 testi yaptırdığını, %52.7'sinin yakınlarında birinin COVID-19 tanısı aldığını ve %31.3'ü COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Kemoterapi tedavisi alan hastaların sosyodemografik özellikleri ile COVID-19 Korku Ölçeği ve COVID-19 Hijyen Ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n = 112)

Characteristics	COVID-19 Korku Ölçeği Ort± ss	COVID-19 Hijyen Ölçeği Ort± ss
Yaş		
50 ve altı	14.53 ±7.17	89.66 ± 21.37
51 ve üstü	17.02 ± 7.91	93.15 ± 18.04
Anlamlılık	t = 1.86 p = .08	t = 0.88 p = .37
Cinsiyet		
Erkek	13.41 ± 7.80	86.02 ± 22.71
Kadın	16.41 ± 6.67	94.14 ± 18.41
Anlamlılık	t =2.301 p = .016	t =2.064 p = .041
Eğitim durumu		
İlköğretim mezunu	16.39 ± 7.86	91.35 ± 20.09
Orta öğretim	13.94 ± 5.6	92.17 ± 19.67
Üniversite	9.87 ± 4.29	86.00 ± 27.43
Anlamlılık	F = 3.31 p = .04	F = 0.27 p = .76
Gelir Durumu		
Düşük	16.61 ± 7.71	90.70 ± 19.44
Orta	13.81± 7.00	91.86 ± 22.53
Anlamlılık	t = 1.761 p = .07	t = .284 p = .77
Medeni durum		
Evli	16.09 ± 7.69	90.66 ± 21.12
Bekar	11.83 ± 4.83	93.25 ± 13.54
Anlamlılık	U= 393.50 p = .05	U = 572.50 p = .83
Kronik hastalık durumu		
Evet	15.06 ± 7.50	88.98 ± 19.75
Hayır	16.07 ± 7.45	93.37 ± 21.12
Anlamlılık	t =.710 p = .48	t =1.36 p = .25
COVID-19 tanısı alma durumu		
Evet	17.74 ± 9.08	96.00 ± 20.19
Hayır	14.55 ± 6.57	88.87 ± 19.97
Anlamlılık	t =2.10 p = .06	t =1.725 p = .08
Yakınlarında COVID-19 tanısı alma durumu		
Evet	16.52 ± 8.22	90.35 ± 21.15
Hayır	14.47± 6.63	91.07 ± 9.07
Anlamlılık	U =1394.00 p = .32	t = .404 p = .68

Tablo 2'de kemoterapi tedavisi alan hastaların sosyodemografik özellikleri ile COVID-19 korku ve hijyen alışkanlıkları ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo 2' yi incelediğimizde hastaların cinsiyetleri ile COVID-19 korku düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kemoterapi alan kadın hastaların korku düzeyleri erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kemoterapi alan hastaların medeni durumları ile COVID-19 korku düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Evli hastaların bekar olan hastalara göre korku düzeyleri daha fazladır. Kemoterapi alan hastaların eğitim durumları ile COVID-19 korku düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların eğitim durumu arttıkça COVID-19 korku düzeyleri azalmaktadır (p<0.05, Tablo 2).

Araştırmaya katılan kemoterapi alan hastaların cinsiyetleri ile COVID-19 Hijyen Ölçeği toplam puan

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kemoterapi alan kadın hastaların korku düzeyleri erkek hastalara göre daha yüksektir (p<0.05, Tablo 2).

Tablo 3. COVID-19 Hijyen Ölçeği ile COVID-19 Korku Ölçeği arasındaki ilişki

	Ort	ss		1	2
COVID-19 Hijyen Ölçeği	91.09	20.45	Pearson Correlation	1	.209
			Sig. (2-tailed)	-	0.02
COVID-19 Korku Ölçeği	15.55	7.55	Pearson Correlation	.209	1
			Sig. (2-tailed)	0.02	-

COVID-19 Hijyen ölçeği ile COVID-19 Korku Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kemoterapi alan hastaların COVID-19 hijyen alışkanlığı puan ortalaması (91.09 ± 20.45) ile COVID-19 korkusu ölçek puan ortalaması (15.55 ± 7.55) orta düzeydedir. Kemoterapi alan hastaların COVID-19 hijyen alışkanlığı ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönde düşük ilişki bulunmuştur ($r = 0.209$, $p = 0.001$), (Tablo 3).

4. Tartışma

Dünya genelinde son derece önemli ve ürkütücü sonuçlara neden olan COVID-19 pandemisi, komorbiditeye sahip hastaları ve özellikle de kanser hastalarını etkilemiştir. Kemoterapi alan hastalar antikanser ilaçlarının kullanımı nedeniyle bağışık sistemleri baskılanmasından, cerrahi operasyon geçirmelerinden dolayı kemoterapi almayan hastalara göre enfeksiyona daha yatkındırlar (Landman, Feethan & Stuckey, 2020). COVID-19 hastalığına bağlı hayatını kaybeden 355 hastanın retrospektif olarak incelemesinde her beş hastadan birinin kanser tanısı olduğu bulunmuştur (Onder, Reezza & Brusaferrro, 2020). Genel popülasyon içerisinde COVID-19 hastalığından ölüm oranı %2 ile %3 arasındayken, kanserli hastalarında bu oran üç kat arttığı belirtilmiştir (Dai et al, 2020). COVID-19'a yakalanmış olan ve kanser tanısı alan hastaların, kanser tanısı almayan hastalara göre daha yüksek mortaliteye sahiptir. Bu çalışmada hastaların COVID-19 korku düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Yeşiltepe ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin COVID-19 korku düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (Yeşiltepe, Aslan & Sümbüloğlu, 2021). Yıldırım ve Beyoğlu'nun yaptığı çalışmada COVID-19 korku düzeyi orta düzeyde bulunmuştur (Yıldırım & Beyoğlu, 2022).

Bizim yaptığımız çalışmada kemoterapi alan hastaların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile COVID-19 korku düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Evli olan hastaların korku düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli olan hastaların diğer aile bireyelerine hastalığı bulaştırmaktan korktuğundan kaynaklanmaktadır. Erdoğan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri ile COVID-19 korku düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır (Erdoğan et al, 2022). Özdemir ve Enç yaptıkları çalışmada KOAH hastalarının sosyo demografik özellikleri ile COVID-19 korku düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır (Özdemir & Enç, 2022).

Bu çalışmada kemoterapi alan hastaların COVID-19 Hijyen alışkanlığı ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönde düşük ilişki bulunmuştur. Yıldırım ve Beyoğlu'nun yaptığı çalışmada COVID-19 korku

düzeyi ile hastaların öz bakım yönetimi arasında pozitif yönden düşük ilişki bulunmuştur (Yıldırım & Beyoğlu, 2022). Musche ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanser tanısı alan hastalar ile sağlıklı bireylerin COVID-19 korku düzeyleri karşılaştırılmıştır. Kanser tanısı alan hastalar ile sağlıklı bireylerin COVID-19 korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat kanser tanısı alan hastaların sağlıkla ilgili güvenlik davranışları normal bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Musche et al., 2020). Tofangchiha ve arkadaşlarını yaptıkları çalışmada ise gençlerin COVID-19 korku düzeyleri yüksek olmasına rağmen ağız sağlığı hijyenlerinin düşük olduğu bulunmuştur (Tofangchiha et al., 2022). Kemeç ve Aslan'ın (2022) yaptıkları çalışmada COVID-19'a yakalan ve yakalanmayan hemodiyaliz hastalarının korku düzeyleri ile hijyen alışkanlıkları karşılaştırılmıştır. COVID-19'a yakalanan ve yakalanmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Kemeç & Aslan, 2022). Literatürde kemoterapi alan hastaların COVID-19 korku düzeyleri ile hijyen alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma olmamasına rağmen COVID-19 korkusu ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkiler bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı sürenin COVID-19 pandemisinin başlamasından sonra iki yıl gibi bir sürenin geçmiş olması ve aşılama sürecinin başlamış olması ve aşı yapanlarda görülme sıklığının azalması katılımcıların COVID-19 korkusu ve hijyen alışkanlıklarının orta düzeyde olmasına sebep olmuş olabilir. Nitekim Kuşoğlu ve Beydağ'ın yaptıkları çalışmada yetişkinlerin COVID-19 korkusu ile COVID-19 hijyen alışkanlıkları arasında pozitif yönden yüksek ilişki bulmuşlardır (Kuşoğlu & Beydağ, 2023). Okuyucular sonuçları değerlendirirken geçen süreyi dikkate almalıdır.

6. Sonuç ve Öneriler

Kemoterapi hastalarının COVID-19 korku düzeyleri ve COVID-19 hijyen ölçek puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Kemoterapi alan kadın, evli ve ilköğretim mezunu hastaların COVID-19 korku düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kemoterapi alan kadın hastaların COVID-19 hijyen alışkanlıkları daha yüksek bulunmuştur. Kemoterapi alan hastaların COVID-19 hijyen alışkanlığı ile COVID-19 korkusu arasında pozitif yönde düşük ilişki bulunmuştur.

COVID-19 pandemisinde hastalığın bulaşma riskini azaltmak için özellikle riskli gruplarda bulunan bireylere halk sağlığı hemşireleri tarafından koruyucu sağlık davranışları kazandırmak için eğitim programları hazırlanmalıdır. Koruyucu sağlık

alışkanlıkları kazandırılmalı, sosyal mesafe, maske ve hijyen hususunda farkındalıklar artırılmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazarlık Katkısı: Araştırma dizaynı: SA, MD, Rİ; Veri toplama: MD, Rİ; Veri analizi: SA; Makale yazımı, SA; Rİ.

Teşekkür: Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürlerini sunar.

Kaynaklar

Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, D., & Pakpour, A.H. (2020). The Fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*, 1-9. <http://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Aldinç, H. (2022). Onkoloji Hastalarında Covid-19 MRNA Aşı Yan Etkilerinin İncelenmesi. Selamoğlu Z., Akgün H., Bahşi İ (ed). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Değerlendirmeler-II. Gece kitaplığı, 1. Basım, Ankara. ss:37-50. <https://www.gecekitapligi.com/Webkontrol/uploads/Fck/saglik2ekim2022.pdf>.

Çiçek, B., Şahin, H., Erkal, S. (2020). COVID-19 Hijyen Ölçeği: Bir ölçek geliştirme çalışması. *J Turk Stud*, 15: 339-50. <http://doi.org/10.7827/TurkishStudies.45906>.

Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., et al. (2020). Patients with cancer appear more vulnerable to SARS CoV-2: A multicenter study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discovery*, 10:783-91. <http://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-20-0422>.

Erdoğan, A. P., Ekinçi, F., Acar, Ö., & Göksel, G. (2022). Level of COVID-19 fear in cancer patients. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00181-5>.

Eşbah, O. (2020). COVID-19 Pandemisinde Düzce Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Pratiği. *Konuralp Medical Journal*, 12(S1), 381-382. <https://doi.org/10.18521/ktd.752077>.

Islam, J. Y., Camacho-Rivera, M., & Vidot, D. C. (2020). Examining COVID-19 preventive behaviors among cancer survivors in the United States: an analysis of the COVID-19 impact survey. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 29(12), 2583-2590. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00752>.

Kemeç, Z., & Aslan, S. (2021). The effect of COVID-19 fear on hygiene behaviors in hemodialysis patients

during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 5(4), 1176-1182. <https://doi.org/10.32322/jhsm.1130930>.

Kuşoğlu, İ., & Beydağ, K. D. (2023). Yetişkin bireylerde COVID-19 korkusu ile COVID-19 hijyen davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 151-159. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1063463>.

Landman, A., Feetham, L., & Stuckey, D. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The Lancet Oncology*, 21(3), 335-337.

Musche, V., Bäuerle, A., Steinbach, J., Schweda, A., Hetkamp, M., Weismüller, B., ... & Teufel, M. (2020). COVID-19 -related fear and health-related safety behavior in oncological patients. *Frontiers in Psychology*, 11, 1984. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01984>.

Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Jama*, 323(18), 1775-1776. <http://doi.org/10.1001/jama.2020.468>.

Özdemir, N., & Enç, N. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında COVID-19 Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Semptom Kontrolü ve Ölüm Kaygısı Düzeyine Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4). <https://doi.org/10.5336/nurses.2022-90773>.

Palmieri, C., Turtle, L., Docherty, A., Harrison, E., Drake, T., Greenhalf, B. et al. (2020). 16700 Prospective data of first 1,797 hospitalised patients with cancer and COVID-19 derived from the COVID-19 Clinical Information Network and international Severe Acute Respiratory and emerging Infections Consortium, WHO Coronavirus Clinical Characterisation Consortium. *Ann. Oncol.* 31, S992. <https://doi.org/10.1016/j.jannonc.2020.08.1735>.

Rüthrich, M. M., Giessen-Jung, C., Borgmann, S., Classen, A. Y., Dolf, S., Grüner, B., ... & LEOSS Study Group. (2021). COVID-19 in cancer patients: clinical characteristics and outcome—an analysis of the LEOSS registry. *Annals of hematology*, 100, 383-393. <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04328-4>.

Sah, G.S., Shrestha, G., Dhakal, A., Mulmi, R., Sapkota, R., & Poudel, S. (2020). Knowledge, attitudes, and practices of cancer patients towards COVID-19: A cross-sectional study in Central Nepal. *Cancer Management and Research*; 12:10173–10180. <http://doi.org/10.2147/CMAR.S271910>.

Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M.E., & Satici, S.A. (2021). Adaptation of the fear of COVID-19 scale: its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *Int J Ment Health Addict*; 19: 1980-88. <http://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Şentürk, K. (2022). COVID-19 pandemi döneminde hematoloji-onkoloji hastalarının enfeksiyon kontrolü ve yönetiminde hemşirelerin izolasyon uyumu. [Yüksek Lisans Tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü], İstanbul. <https://openaccess.bezmialem.edu.tr/entities/publication/d850393e-ee95-4163-b81f-277a656f2fd0>.

Tofangchiha, M., Lin, C. Y., Scheerman, J. F., Broström, A., Ahonen, H., Griffiths, M. D., ... & Pakpour, A. H. (2022). Associations between fear of COVID-19, dental anxiety, and psychological distress among Iranian adolescents. *BDJ open*, 8(1), 19. <http://doi.org/10.1038/s41405-022-00112-w>.

Ucar, G., Ergun, Y., Acikgoz, Y., & Uncu, D. (2020). The prognostic value of the prognostic nutritional index in patients with metastatic colorectal cancer. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 16(5), e179-e184. 6 April 2020. <https://doi.org/10.1111/ajco.13328>.

Uraççı, Z., Kalkan, Z., & Ebinç, S. (2021). COVID-19 ve Kanser Yönetimi. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 55-64. <https://doi.org/10.5798/dicletip.1004816>.

Yeşiltepe, A., Aslan, S., & Bulbuloglu, S. (2021). Investigation of perceived fear of COVID-19 and vaccine hesitancy in nursing students. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(12), 5030-5037. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2000817>.

Yıldırım, H., & Beyoğlu, S. (2022). Kanser Hastalarında Öz Bakım Yönetiminin ve Depresyonun COVID-19 Korkusuna Etkisi ve İlişkili Faktörler: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(3). <https://doi.org/10.5336/nurses.2022-87959>.



Akut-on-Kronik Karaciğer Yetmezliğinde Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yönetimi

Complications and Nursing Management in Acute-on-Chronic Liver Failure

Sevim Güler^{a*}  Reva Gündoğan^b 

^a Dr. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Adıyaman, Türkiye

^b Dr. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman İl Ambulans Servisi, Adıyaman, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Akut karaciğer yetmezliği daha önceden tanı konulan karaciğer hastalığı olmayan ancak şiddetli akut karaciğer hasarı gelişen hastalarda oluşmaktadır. Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği ise tanı konulmuş veya konulmamış kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda görülen, akut hepatite bağlı sarılık ve uluslararası normalleştirilmiş oranının uzaması ile karakterize, bir veya daha fazla ekstrahepatik organ ve üç aya kadar artan mortaliteyle ilişkili karaciğer yetmezliği durumudur. Hastalarda gelişen bu tablo dinamik seyirli ve geri dönüşümlü olduğundan dolayı müdahale edilmesi, erken tanı ve destekleyici tedavinin yerinde ve zamanında başlatılması hayat kurtarıcıdır. Bu hastalarda karaciğer hastalığının ilerlemesine bağlı hepatik ensefalopati, sepsis, koagülopati, hepatorenal sendrom, assit, sarılık gibi komplikasyonların yönetimi önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle hemşirelerin amacı; hastaların yaşam kalitesini düşüren kompleks özelliğe sahip bu komplikasyonları önlemek olmalıdır.

Sonuç: Öncelikli olarak karaciğer yetmezliği tanılı hastalarda akut durumu önlemek amacıyla hemşireler tarafından hastalara yaşam tarzı değişiklikleri hakkında önerilerde bulunulmalı, tedavileri ile ilgili kararlara katılımları için cesaretlendirilmeli ve eğitim verilerek desteklenmelidir. Komplikasyonların yönetiminde hemşireler aktif rol aldığına, hastalar gelişen komplikasyonları tanıyarak yönetebildiği için komplikasyonlar gerilemekte, hastaneye yatış oranı azalmakta ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Bu doğrultuda hastalara ve bakım vericilere akut-on-kronik karaciğer yetmezliği komplikasyonlarının yönetimi konusunda danışmanlık eğitimi verilerek farkındalık ve bakım becerisi kazandırılması hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Akut-kronik karaciğer yetmezliği; komplikasyonlar; hemşirelik bakım yönetimi.

ABSTRACT

Introduction and Aim: Acute liver failure occurs in patients who do not have previously diagnosed liver disease but develop severe acute liver injury. Acute-on-chronic liver failure is a condition of liver failure seen in patients with diagnosed or undiagnosed chronic liver disease, characterized by acute hepatic decompensation, jaundice and prolongation of the international normalized ratio, associated with one or more extrahepatic organs and increased mortality for up to three months. Since this condition that develops in patients has a dynamic course and is reversible, intervention, early diagnosis and timely initiation of supportive treatment are life-saving. In these patients, management of complications such as hepatic encephalopathy, sepsis, coagulopathy, hepatorenal syndrome, ascites and jaundice due to the progression of liver disease has an important place. Therefore, the aim of nurses is; The aim should be to prevent these complex complications that reduce the quality of life of patients.

Conclusion: Primarily, in order to prevent acute conditions in patients diagnosed with liver failure, nurses should advise patients about lifestyle changes, encourage them to participate in decisions regarding their treatment, and support them by providing training. When nurses take an active role in the management of complications, complications decrease, hospitalization rates decrease, and their quality of life increases, as patients are able to recognize and manage developing complications. In this regard, providing counseling training to patients and caregivers on the management of acute-on-chronic liver failure complications and providing them with awareness and care skills will contribute to improving the quality of life of patients.

Keywords: Acute-on-chronic liver failure; complications; nursing care management.

1. Giriş

Karaciğer fonksiyonunun ilerleyici bozulması sonucu gelişen ve toplumu büyük bir ölçüde etkileyen kronik karaciğer yetmezliği (KKY) dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. (Angeli vd., 2018). Ayrıca akut-on-kronik karaciğer yetmezliğinin (AoKKY) küresel ölçekte hem maddi hem de manevi yükü oldukça yüksektir (Fabrellas vd., 2020). Klinik uygulamada genellikle "akut-on-kronik" karaciğer yetmezliğinde (AoKKY) ve karaciğerin tutulduğu bir çok sistemik hastalık durumunda akut karaciğer yetmezliği (AKY) ve akut dekompanse tanımları kullanılmakla birlikte (Luo vd., 2023; Br & Sarin, 2023) akut karaciğer yetmezliği daha önceden bilinen karaciğer hastalığı olmayan ancak şiddetli akut karaciğer hasarı gelişen hastalarda oluşurken, AoKKY'de ise, daha önce kronik karaciğer hastalığı (KKH) olan kişilerde dekompanse olmayan karaciğer fonksiyonlarının farklı nedenlerle akut bir şekilde bozulmasıdır (European Association of the Study of the Liver -EASL, 2017; Engelmann & Berg, 2023). Akut-on-kronik karaciğer yetmezliğinin patofizyolojisinde yoğun sistemik inflamasyon ve organ yetmezlikleri ön plandadır (Bajaj vd., 2018; Kumar vd., 2020; Luo vd., 2023; Engelmann & Berg, 2023). Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği için kullanılan kabul görmüş üç farklı tanımlı bulunmaktadır. Bunun nedeni ise Batı toplumlarında AoKKY'ni tetikleyen nedenlerin enfeksiyon ve aktif alkol alımı, doğuda ise hepatit B, sepsis ve aktif alkol kullanımı olmasıdır (Kumar vd., 2020) (Tablo.1). Bununla birlikte 2014 yılında Dünya Gastroenteroloji Örgütü (WGO) standart oluşturması bakımından AoKKY'ni teşhisi konulmuş veya konulmamış KKH olan hastalarda görülen akut hepatite bağlı sarılık ve Uluslararası Normalleştirilmiş Oranının (INR) uzaması ile karakterize, bir veya daha fazla ekstrahepatik organ ve üç aya kadar artan mortaliteyle ilişkili karaciğer yetmezliği (KY) durumu olarak tanımlanmasını önermiştir (Jalan vd., 2014; Engelmann & Berg, 2023).

Tablo 1. Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği tanımları

Asya Pasifik Karaciğer Araştırmaları Derneği (APASL)

Daha önce tanı almış veya tanı almamış karaciğer hastalığı gelişen ve 28 günlük mortalite ile ilişkili;

-Sarılık (serum bilirubini ≥ 5 mg/dL [85 mmol/L]) ve koagülopati (uluslararası normalleştirilmiş oran [INR] $\geq 1,5$ olması veya protrombin aktivitesinin %40 tan az olması,

-4 hafta içinde klinik assit ve/veya hepatik ensefalopati (HE) ile komplike, akut hepatik hasardır.

*Tanı için ekstrahepatik organ yetmezliğinin oluşmasına gerek yoktur.

Avrupa Kronik-Karaciğer Çalışmaları Derneği Failure Liver konsorsiyumu (EASL-CLIF)

KKY olan hastalarda akut dekompanse ve organ yetmezliği ile karakterize spesifik bir sendromdur.

Organ yetmezlikleri karaciğer, böbrek, beyin, solunum sistemi, dolaşım ve pıhtılaşmadır.

*Organ yetmezlikleri

CLIF-konsorsiyum organ yetmezlikleri skoru ile değerlendirilir.

Kuzey Amerika Son Dönem Karaciğer Araştırmaları Konsorsiyumu (NACSELD)

En az 2 ekstrahepatik organ yetmeği varlığıyla birlikte;

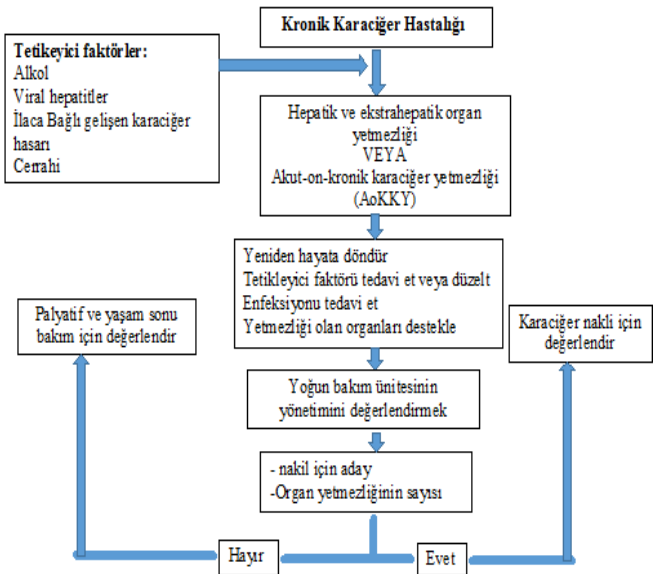
-Şok dahil şiddetli ekstrahepatik organ yetmezlikleri,

- 3. veya 4. derece hepatikensefalopati(HE)

-Renal replasman tedavisi (RRT)

-Mekanik ventilasyon ihtiyacı olması durumudur.

Hastanede yatan hastalarda AoKKY prevalansı %20 ila %35 arasında değişmektedir (Br & Sarin, 2023) ve 4 hafta gibi kısa bir sürede mortalite oranı %15 in üzerindedir (Luo vd., 2023; Br & Sarin, 2023). Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği dinamik seyirli ve geri dönüşümlüdür (Kumar vd., 2020). Bu nedenle erken teşhis ve destekleyici tedavinin ivedilikle başlatılması önemlidir. Hastalığın seyrini değiştirmek için onaylanmış veya geniş çapta kabul görmüş bir standart tedavi seçeneği yoktur. Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği hastaları için, bireye özgü ihtiyaçlar belirlenerek hedefe yönelik tedavi stratejileri geliştirilmektedir (Luo vd., 2023). İleri vakalarda ise tek tedavi yöntemi karaciğer naklidir (Engelmann & Berg, 2023). Akut-on-kronik karaciğer yetmezliğinin seyir süreci Şekil 1'de özetlenmiştir (Bajaj vd., 2022).



Şekil 1. AoKKY'nin seyir süreci

Bu hastalarda olumsuzluklara bağlı olarak gelişen HE, sepsis, koagülopati, hepatorenal sendrom, assit ve sarılık gibi komplikasyonların yönetimi önemli bir yere sahiptir (Sarin vd., 2014; Bajaj vd., 2018; Ongün vd., 2021). Bu nedenle hemşirelerin öncelikli amacı; bu hastalarda görülen komplikasyonları önlemek, tanımlamak ve gelişmiş olan komplikasyonları yönetebilmek için bu hastalara yönelik hemşirelik bakımını planlanmak ve uygulanmak olmalıdır (Çelik & Bektaş., 2017; Fabrellas vd., 2020; Ongün vd., 2021). Ancak KKY tanıli hastalarda komplikasyonların yönetimine diğer kronik hastalıklar ile karşılaştırıldığında çok daha az önem verildiği ve hemşirelik bakımında hemşirelerin rolünün yeterince vurgulanmadığı, hemşirelik bakımına ilişkin bilgilerin sınırlı olduğu belirtilmektedir (Chan vd., 2018; Fabrellas vd., 2020). Bu bağlamda, hemşirelerin hastanede yatan ve taburcu edilen hastalarda komplikasyonların yönetiminde uzman multidisipliner ekip ile birlikte hemşirelik bakımını uygulaması gerekir. Bu derleme hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplikasyonlar ve komplikasyonların yönetiminde temel hemşirelik bakımlarını ele almak amacıyla yazılmıştır.

Hepatik ensefalopati

Hepatik ensefalopati kronik karaciğer hastalıklarına sekonder gelişen ve reversibl olabilen bir nöropsikiyatrik sendromdur. Majör komplikasyonlardan biri olan HE, klinik olarak komplike seyrederek ve tedavisi oldukça güçtür (Çadırcı & Cerrah., 2019). Karaciğerin detoksifikasyon görevini yerine getirememesiyle dolaşımdaki amonyak düzeyi artar, yüksek seviyelerde amonyak kan-beyin bariyerini geçer ve bu da sistemik inflamatuvar yanıtlardaki bozukluklar nedeniyle astrositlerin şişmesine ve fonksiyon bozukluğuna neden olur. Böylece beyin kan akımı modülasyonu bozulur ve HE meydana gelir (Çelik & Bektaş., 2017; Rodenbaugh vd., 2020). Amonyak ve glutamat, astrositik glutamin sentetaz süreci yoluyla glutamine dönüştürülür, bu da glutaminin ozmotik etkisinden kaynaklanan beyin ödemi artırır. Hepatik ensefalopatiyi gastrointestinal kanamalar, konstipasyon, aşırı protein alımı, enfeksiyonlar, merkezi sinir sistemini deprese eden ilaçlar, cerrahi, dehidratasyon ve yüksek doz diüretikler ve diüretiklere bağlı gelişen hipopotasemi ve hipovolemi tetikleyebilmektedir (Çadırcı & Cerrah, 2019; Özer, 2019). Hepatik ensefalopati tablosundaki hastalarda; kişilik değişiklikleri, apati, psikomotor hareketlerde yavaşlama, gündüz uyuma, gece uyurgezerlik, mimiklerde azalma, konuşmada yavaşlama, fetor hepaticus, asteriksiz gibi belirtiler gözlenmektedir (Sharma P & Sharma BC, 2015). Hepatik ensefalopatinin şiddetini belirlemek ve sınıflama yapmak için, şekil çizdirme testleri ve

Glaskow Koma Skalası kullanılmaktadır (Çelik & Bektaş., 2017).

Tedavide amaç; Hepatik ensefalopati tanısının klinik muayene ve gözlemede elde edilecek nörolojik bulguların varlığına dayanması ve kesin tanı koyduracak net bir biyokimyasal veya radyolojik tetkikin olmamasından dolayı tespit edilen flapping tremor ve bilinç değişiklikleri HE olarak kabul edilmeli ve araştırılmalıdır. Hepatik ensefalopatinin koma ve ölüme kadar ilerleyebilmesi nedeniyle tanısının çok acil bir şekilde konulması ve hemen tedaviye başlanması önemlidir (Çadırcı & Cerrah, 2019; Çelik & Bektaş., 2017). Hepatik ensefalopati tedavisi, emilmeyen disakkaritler (laktuloz) ve rifaximin gibi ilaçlar yoluyla amonyak seviyelerinin azaltılmasına odaklanır (Rodenbaugh vd., 2020).

Hemşirelik bakımında; Hastanın serum amonyak düzeyi günlük olarak takip edilmeli ve hasta hepatik koma belirtileri yönünden gözlenmelidir. Bu amaçla, hastanın oryantasyonu sürekli olarak kontrol edilmeli, asteriksiz'i gözlemek amacıyla her gün hastaya yazı ve şekil çizdirme ve ellerini uzatması istenilerek tremor bulgusunun kontrolünü sağlayacak girişimlerde bulunulmalıdır.

Hepatik ensefalopatili hastaların sık sık kişi, yer ve zaman oryantasyonu sağlanmalı veya kontrol edilmeli, gün içinde uyumamaları içinde aktif kalmaları sağlanmalıdır. İtahi düşme ölçeği kullanılarak düşme riski her vardiyada ve gerekli durumlarda değerlendirilmelidir. Hepatik ensefalopatide diyetle günlük protein alımı 1gr/kg olarak ve bitkisel protein ağırlıklı olarak tercih edilmeli, oral alabilen hastalarda öğünler az az ve sık sık olacak şekilde düzenlenmelidir. Hepatik ensefalopatinin akut kötüleşmesine katkıda bulunan yaygın sorunlardan olan enfeksiyon, dehidratasyon ve gastrointestinal kanama belirtileri yönünden hastalar takip edilmelidir. Amonyakın temizlenmesi için bağırsak hareketlerine ihtiyaç duyulmasından dolayı hastada konstipasyon önlenmelidir. Ayrıca HE hastalarda sıvı elektrolit dengesizliğine sebep olabileceğinden dolayı hasta diyare bulguları açısından izlenmelidir. Hepatik komadaki hastada beyin sapının basınç altında kalmasına bağlı yutma refleksi yeterli olmadığında hasta sık sık aspire edilmelidir (Çelik & Bektaş., 2017; Hançerlioğlu vd., 2018; Rodenbaugh vd., 2020; Fabrellas vd., 2020).

Sepsis

Sepsis, konağın enfeksiyona karşı yaygın sistemik inflamatuvar yanıtı sonucu oluşan ve hızla septik şoka ilerleyebilen ve çoklu organ fonksiyon bozukluğuna yol açabilen akut bir sendromdur (Branco vd., 2020). Sepsisin tanısında vücutta bilinen veya şüphelenilen

enfeksiyon varlığı ile birlikte iki veya daha fazla sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) kriterlerinin olması gerekir. SIRS, hastalarda tanı kriteri olarak alınan vücut ısısında değişiklik, hiperventilasyon, taşikardi ve beyaz kan hücresi sayısının yüksek, düşük veya matür formlar şeklinde görülmesi olarak tanımlanır. SIRS'nun varlığından bahsedebilmek için bu kriterlerden en az ikisinin hastada görülmesi gerekir (Sarin vd., 2014). SIRS' tan sepsis tanısının konabilmesi için hastada bir enfeksiyon şüphesi bulunmalı ya da enfeksiyon varlığı laboratuvar sonuçlarınınca kanıtlanmış olmalıdır (Branco vd., 2020).

Doğuştan gelen bağışıklık sisteminin aktivasyonu, değişen makrofaj fonksiyonu, bozulmuş nötrofil fonksiyonu, kompleman sisteminin aktivasyonu, kompleman seviyelerinde belirgin azalma ve fagositozda bozulma sepsisin patogeneğinde rol oynar. Karaciğer hücresi ölümü, pro-inflamatuvar medyatörlerin salınmasına ve böylece monositlerin, lenfositlerin ve polimorfonükleer lökositlerin toplanmasına neden olur. Aynı zamanda bu hücreler, vazoaaktif araçların salgılanmasına ve vasküler geçirgenliğin daha da artmasına yol açar. Zamanla bağışıklık sisteminin baskılanması, tekrarlayan enfeksiyonlar, organ yetmezliği, sepsis ve ölümle ilişkili olan anti-inflamatuvar yanıtı yönelik denge bozulur (EASL, 2017)

Tedavide amaç; Sepsis geliştikten sonra tedavinin hızlıca başlatılması gerekmektedir. Genel anlamda sepsis için spesifik bir tedavi olmayıp kaynak kontrolü sağlanmakta, organ yetmezliğini destekleyici tedaviler uygulanmakta ve antimikrobiyal tedavi ile enfeksiyon kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (Alyat vd., 2022).

Hemşirelik bakımında; Sepsisin kritik bir durumdur ve gecikmiş tanı ve tedavi artmış risk ile ilişkili olduğu için hemşireler sepsisin erken tanımlanması ve yönetiminde önemli bir yere sahiptir (O'Shaughnessy vd., 2017). Klinik parametreler açısından hastalardaki bilinç düzeyinde azalma, vücut ısısında değişiklik, idrar çıkışında azalma, kardiyak bulgular, kapiller dolum (≤ 2 sn) ve oksijen seviyesi takip edilmelidir (Gerkuş & Karaca-Sivrikaya, 2020). Hipotansiyonu olan hastada yeterli serebral kan akışını sağlamak için sırtüstü yatırılmalı, ortalama arter basıncını 60 mmHg'nin üzerinde tutmak için intravenöz damar yolu açılarak bolus şeklinde 250-500 ml'lik izotonik kristaloid solüsyonu uygulanabilir. Hastaya uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmek için her bolustan sonra hastanın periferik doku perfüzyonu, zihinsel durumu, kan basıncı (KB) ve akciğer ödemi varlığı değerlendirilmelidir (Snyder vd., 2015). Hastaların lökosit sayısı, C-reaktif protein, sedimantasyon, kan

ve idrar kültür değerleri değerlendirilmelidir (Gerkuş & Karaca-Sivrikaya, 2020). Solunum fonksiyonları (dispne, hırıltılı solunum, öksürük, takipne) izlenmeli, solunum sıkıntısı olan hastalarda ventilasyon ya da entübasyon sağlanması durumunda ventilatör havalandırma devresinin bakımı, hasta başının elevasyonu, üst hava yolu aspirasyonunun sağlanması, wheezing varlığı günlük olarak değerlendirilmelidir. Hasta oral alamıyorsa parenteral ya da enteral yol ile beslenmeli, yaşam bulguları stabil hale geldikten sonra oral beslenme desteklenmeli ve bu dönemde hastanın kan glikoz izlenmelidir (Alyat vd., 2022). Hastanın ağız hijyeni ve deri bakımı sağlanmalı, her işlemde aseptik tekniklere uyulmalı, intravenöz ve üretral kateter enfeksiyon yönünden gözlenmelidir. Hastaya postural drenaj yapılmalı ve erken mobilizasyonu sağlanmalıdır (Özer, 2019; Gerkuş & Karaca-Sivrikaya, 2020). Ayrıca ağrının giderilmesi ve diyare, bulantı, kusma gibi semptomların kontrol altına alınması sepsisli hasta bakımında hemşireler için temel bakım uygulamalarıdır (Sousa vd., 2018).

Koagülopati

Hemostatik kusurlara sebep olan protrombin zamanı/INR, fibrinojen, FV, VIII ve IX gibi pıhtılaşma faktörlerinin aktivitelerinin bozulması genel anlamda koagülopati olarak tanımlanır (Sarin vd., 2014). Karaciğer hastalıklarının yaklaşık %75'inde hemostatik bozukluklara rastlanmakla birlikte farklı olarak koagülopati, hepatik fonksiyon bozukluğunun önemli bir işaretidir (Sarin vd., 2014; Çelik & Bektaş, 2017). Akut-on-kronik karaciğer yetmezliği olan hastalarda kanama ve tromboz arasında hassas, kararsız bir dengeye yol açan karmaşık hemostatik kusurlar vardır (Sarin vd., 2014). Karaciğer hücrelerinden pıhtılaşma faktörlerinin sentezlenme yeteneğinin azalması ve portal hipertansiyon (PH) sonucunda oluşan splenomegali, kan hücrelerinin ve pıhtılaşma faktörlerinin azalmasına yol açmaktadır (Çelik & Bektaş, 2017). Bununla birlikte akut varis kanaması, AoKKY 'yi tanımlayan belirtiler olmadığı sürece, akut bir karaciğer hasarı olarak nitelendirilmemektedir. Aynı zamanda AoKKY 'li hastalar daha önce hiç dekompanse olmadıklarından ve dekompanse kronik karaciğer hastalarından farklı olduklarından, varis kanamasının tek başına sarılık ve koagülopati olarak kendini gösteren ciddi KY'ne yol açması pek olası görülmemektedir (Sarin vd., 2014).

Tedavide amaç; Bu hastalarda taze donmuş plazma ve koagülasyon faktörlerinin kanama veya invaziv işlem planlanması dışında kullanılması önerilmemektedir. Kanama durumunda trombosit sayısının $>60.000/\mu\text{l}$ ve plazma fibrinojen seviyelerinin 25-50 mg/kg dozu ile başlanarak 1,5-2 g/L

seviyelerine getirilmesi uygun yaklaşım olarak görülmektedir (EASL, 2017; Bajaj vd., 2018).

Hemşirelik bakımında; Hastanın yaşam bulguları takip edilmeli, laboratuvar bulguları değerlendirilmelidir. Bu grup hastada HE' de göz önüne alınarak hastalar travma riski yönünden çok dikkatli bir şekilde korunmalıdır. Hasta melena, hematemez ve idrar rengi yönünden takip edilmeli, gerekli durumlarda doktora haber verilmelidir. Bilinci açık hastalara yumuşak diş fırçası kullanımı önerilmeli (Çelik & Bektaş, 2017). Tromboz ve emboli açısından ise; hasta erken mobilizasyon konusunda cesaretlendirilmeli, elastik basınçlı çorap giydirilmelidir. Uygun hastalarda aralıklı pnömatik basınç aletinin kullanımı sağlanmalıdır. Hastalarda uyuşukluk, karıncalanma, his kaybı gibi dolaşım bozukluğu belirtileri gözlenmeli, cilt bütünlüğü kontrol edilmelidir (Demir-Korkmaz & Çullu, 2015).

Hepatorenal Sendrom

Hepatorenal sendrom (HRS) azotemi, oligüri, glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nin azalması ve inatçı assitin artmasıyla ortaya çıkan en yaygın komplikasyonlardan biridir (Pedersen vd., 2015; Alam vd., 2017; Jung & Chang, 2023). Hepatorenal sendrom, son dönem karaciğer hastalığına bağlı gelişen PH nedeniyle serum kreatinin düzeyinin 1.5 mg/dl'nin üzerinde (Jung & Chang, 2023) ve son ölçümden sonraki 7 gün içinde serum kreatinin düzeyinde %50 veya 0,3 mg/dL veya daha fazla bir artış ve büyük miktarda assit olmasına bağlı böbrek hasarı olarak tanımlanır (Alam vd., 2017; Biggins vd., 2021; Jung & Chang, 2023).

Hepatorenal sendrom patofizyolojisinde makro dolaşım bozukluğu anahtar mekanizma olarak rol alır (Alam vd., 2017; Angeli vd., 2018; Jung & Chang, 2023). İleri evre KY'de PH tarafından tetiklenen belirgin bir splenik arteriyel vazodilatasyon görülür. Splenik vazodilatasyon, sistemik vasküler direncin azalmasına yol açarak kardiyak output ile kompanse edilemeyen efektif arteriyel hipovolemi ve hipotansiyon gelişir (Özer, 2019; Angeli vd., 2018; Ongün vd., 2021; Jung & Chang, 2023). Bununla birlikte sistemik inflamasyonun HRS'un patofizyolojisinde önemli bir rolü olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Angeli vd., 2018; Jung & Chang, 2023; Biggins vd., 2021).

Tedavide amaç; Hepatorenal sendromun spesifik tedavisinde splenik ve sistemik vazokonstrüksiyonun düzeltilmesi, splenik arteriyel vazodilatasyonun ve merkezi hipovoleminin azaltılması, böbreklerin vazodilatasyonu sağlanarak renal kan akışını artırılması ve sodyum dengesi ile birlikte normovoleminin sağlanması ve predispozan

etmenlerin ortadan kaldırılması amaçlanmalıdır (Angeli vd., 2018; Ongün vd., 2021; Jung & Chang, 2023).

Hemşirelik bakımında; Hepatorenal sendrom komplikasyonu olan hastanın hemodinamik stabilitesi korunur. Bu nedenle hastaların yaşam bulguları, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, aldığı çıkardığı, dehidratasyon, ödem ve vücut ağırlığı takibi yapılmalıdır (Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020; Jung & Chang, 2023). Hastaların kardiyak fonksiyonları elektrokardiyogram çekilerek ve gerekirse monitörize edilerek izlenir. Hemşireler kullanılan ilaçların vazokonstriktif yan etkilerinin farkında olmalıdır. (Sargent, 2006; Alam vd., 2017; Fabrellas vd., 2020).

Assit/Ödem

Kompanse karaciğer hastalığından dekompanse karaciğer hastalığına geçişin belirtici olarak kabul edilen assit, en sık görülen major komplikasyondur ve sıvının kardiyovasküler sistemden karın boşluğuna ve çevre dokulara geçmesidir (Alam vd., 2017; Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021). Assit, AoKKY olan hastalarda akut hiponatremi, düşük arter basıncı, GFH ve düşük renal sodyum atılımı mortalite için bağımsız risk faktörüdür (Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021).

Assitin patofizyolojisinde; karaciğer hastalığı ilerledikçe, PH'un artmasıyla hem vazodilatörlerin salınımına hem de splenik kapiller basıncın artmasına bağlı sinozoidal hidrostatik basınç artar. Bunun sonucunda vasküler geçirgenlikle birlikte lenfatiklerin drenaj kapasitesinden fazla sıvı oluştuğundan assit periton boşluğunda birikir. Diğer yandan splenik arteriyel vazodilatasyonun bozulmasına bağlı olarak arteriyel yetersiz dolum miktarı artar, hipovolemi ve arteriyel KB düşer. Bu durumda intravasküler sahadaki sıvı hacmi azalır, böbrek perfüzyonu bozulur ve renin-anjiyotensin aldosteron sistemi, sempatik sinir sistemi ve antidiüretik hormon gibi böbreklerde sodyum ve su tutulumunun sağlayan sistemler aktif hale geçer bu da daha fazla sodyum ve su tutulmasına neden olur (Pedersen vd., 2015; Angeli vd., 2018; Jung & Chang, 2023). Bunun sonucunda genel dolaşımında kapiller hidrostatik basıncın artmasına bağlı plazma hacminin artışı sıvının damar dışına kaçışına neden olarak assit oluşumunu artırır (Pedersen vd., 2015; Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021). Ayrıca KKH'nda albümin yetersizliği nedeniyle onkotik basınçtaki düşme de ozmotik dengelyi değiştirerek sıvının, kardiyovasküler sistemden çevre dokulara akışını kolaylaştırmaktadır (Angeli vd., 2018; Özer, 2019).

Tedavide amaç; Assit olan hastaların tedavisinde en önemli yapılması gereken komplikasyonların önlenmesidir (Angeli vd., 2018; Fabrellas vd., 2020;

Biggins vd., 2021). Öncelikle sodyum kısıtlaması ve diüretik tedavisine odaklanılır (Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021). Potasyum tutucu anti-mineralokortikoid ilaçlar, intravenöz albümin assitin tedavisinde kullanılır ve uygulanan tedavi yöntemlerinde sonuç alınmadığında karaciğer nakli uygulanır (Sargent, 2006; Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021).

Hemşirelik bakımında; Hastada görülen mevcut assit/ödem durumunu kontrol etmek, yeniden gelişmesini önlemek ve hastaya verilecek bakımı uygulamak için ayrıntılı anemnez alınmalıdır (Sargent, 2006; Fabrellas vd., 2020; Biggins vd., 2021). Assite bağlı gelişen komplikasyonların tedavisinde destekleyici hemşirelik bakımı ve hava yolu açıklığının sağlanması, etkin solunum ve dolaşımın sürdürülmesi amaçlanmalıdır (Sargent, 2006; Snyder vd., 2015; Angeli vd., 2018; Fabrellas vd., 2020). Kardiyak sorunu olan hastalar monitörize edilerek izlenmelidir (Sargent, 2006; Snyder vd., 2015). Taşikardi, vücut ısısının yüksekliği veya karın ağrısı, bakteriyel peritonit veya diğer enfeksiyonlar için ön haberci olabileceğinden dolayı hastalar değerlendirilmelidir (Sargent, 2006; Fabrellas vd., 2020; Biggins vd., 2021). Karında serbest miktarlarda patolojik olarak bulunan assit karın bölgesinde gerginliğe, dolgunluğa, karın çevresinde gözle görülür şekilde hacim artışı ağrıya, huzursuzluğa, hareket kısıtlılığına, benlik imajıyla ilgili kaygıya, artan strese, anksiyete ve depresyona ve kilo artışına ve düşme riskine neden olur (Polis & Fernandez, 2015; Özer, 2019). Hemşire tarafından günde en az 3 kez hastanın genel fizik muayenesi; ödem, cildin rengi, nemi, periferik bölgelerde ısı artışı ve gerginliğin kontrolü yapılır (Snyder vd., 2015; Fabrellas vd., 2020). Bacaklarda gelişen ödem, bacakların ağırlaşmasına ve ağrıya neden olarak hastaların yürüme fonksiyonunu bozarak sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (Polis & Fernandez, 2015; Angeli vd., 2018; Fabrellas vd., 2020). Bacaklarda ödemin sürekli var olması hayati risk oluşturabilecek cilt enfeksiyonları için risk faktörüdür. Ciltte geri dönüşü olmayan değişikliklerine neden olabilir (Fabrellas vd., 2020). Bacaklarda yara, çatlak, ciltte renk değişikliği, kılcal damar dolumu, ayak/bacak/ ayak bileğinde hareketlilik, duyu kaybı gibi değişiklikler olup olmadığı düzenli değerlendirilir. Hastanın alt ekstremitelerinde ileri düzeyde ödem varsa sıvının birikmesini önlemek ve sıvının yeniden emilimini sağlamak için bacaklara elastik bandaj uygulanmalıdır. Ödemli bacaklarda cilt bakımını sağlamak için vazelinle tahriş etmeden hafif bir şekilde masaj uygulanmalı ve ciltte kuruluğa neden olabileceği için sabun, alkol içeren solüsyonlar kullanılmamalıdır. Hastanın gün içinde 4 st/1 kez aktif pasif egzersiz yapması sağlanmalı ve ödemli

ekstremiteler elevasyona alınmalıdır. Ödemin derecesi kaydedilerek hastanın doktoru ile paylaşılmalıdır (Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020). Aşırı sıvı yüküne bağlı hiponatremisi olan hastaların nöbet geçirme olasılığına karşı uyanık olunmalı, hastanın yatak başına aspiratör konulmalı ve hasta travmalardan korunmalıdır (Angeli vd., 2018; Biggins vd., 2021). Günlük idrar miktarı ölçülmeli, idrarın rengi, miktarı ve kokusu değerlendirilmelidir. Enfeksiyon riskine karşı mesane kateteri takılmasından kaçınılmalıdır. Günlük karın çevresi ve günün aynı saatinde vücut ağırlığı ölçümü yapılmalıdır (Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020; Biggins vd., 2021). Büyük hacimli parasentez sonrası giriş yerinin sızıntı, kanama ve enfeksiyon riski açısından izlenmesi ve KB'nın takip edilmesi gerekir (Sargent, 2006; Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020). KY'ne bağlı olarak hastalar yiyecekleri uygun şekilde metabolize edemezler. Bu durum hastaların protein ve kalorili besinlerden yetersiz beslenmelerine neden olarak malnütrisyon gelişir. Ayrıca yaygın assit mide boyutunu küçültebilir, bu da zaten yetersiz beslenen bir hastada iştahın azalmasına neden olur. İlerleyen malnütrisyon enfeksiyonlara yatkınlığı artırır, kas kaybına neden olur. Bu nedenle hastaların nasıl beslendiğini öğrenmek, beslenme değerlendirmesi için yönlendirmek ve uygun diyet ihtiyaçları konusunda tavsiyelerde bulunmak ve planlı eğitim vermek hayati önem taşımaktadır (Sargent, 2006; Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020). Beslenme yetersizliğini önlemek için diyetisyenle iş birliği yapılarak beslenme danışmanlığı verilir (Fabrellas vd., 2020; Biggins vd., 2021).

Sarılık

Sarılık, AoKKY temelinde ortaya çıkan dekompanseasyon komplikasyonları ile birlikte ve hatta daha önceden ortaya çıkan ve oldukça sık görülen bir komplikasyondur (Bajaj vd., 2022; Engelmann & Berg, 2023; Br & Sarin, 2023). Dekompansasyon bulgusu olarak kabul edilen sarılık, AoKKY'de karaciğer yetmezliğini tanımlamada ve KY'ni değerlendirmek için zorunlu bir parametre olarak kabul edilmektedir (Sarin vd., 2014; Bajaj vd., 2022). Sarılık, bilirubinün üretimi ve temizlenmesi arasındaki dengesizlikten kaynaklanan hiperbilirubinemiye bağlı olarak sklera, deri ve mukoz membranlarda görülür (Dursun, 2017; Ravindran, 2020). Hastalarda sarılık düzeyinin (serum bilirubin ≥ 5 mg/dL (≥ 85 mikromol/L) yüksek olması akut hepatik hasarın bir göstergesidir (Sarin vd., 2014; Br & Sarin, 2023).

Sarılığın fizyopatolojisinde; Bilirubin metabolizmasının merkezinde karaciğer yer almaktadır. AoKKY 'de hepatosellüler rezervin azalması bilirubin metabolizmasının bozulmasına ve sarılığın

gelişmesine yol açmaktadır. Görülen hepatosellüler sarılık karaciğer hücrelerinin kandan normal indirekt bilirubin miktarını direkt bilirubine dönüştürememe ve safra yollarına atamamasıyla meydana gelir. Normal fonksiyondaki karaciğerde hepatositlerde oluşan konjuge bilirubin aktif transport yoluyla safra kanalcıklarına gönderilir. Ancak bu hastalarda karaciğer hücresinin bilirubin yakalama ve absorbe etme yeteneğinde yetmezlik, konjugasyonda yetersizlik veya bilirubinün safra kanallıklarına taşınmasında defektler görülür. Ayrıca bu hastalarda enerji metabolizmasının ve protein sentezinin kesintiye uğraması hepatositlerin sekretuar ve metabolik işlevlerini etkilemekle birlikte safra taşınmasını da olumsuz etkiler. Karaciğerdeki safra birikimi safra kanalında inflamasyon ve nekroza neden olur. Barsaklara iletilmeyen safra kan dolaşımına geçer ve sarılığa neden olur (Dursun, 2017; Ravindran, 2020).

Tedavide amaç; Sarılığı olan hastalarda hastalığın etyolojisini araştırarak tedavisini sağlamak amaçlanmalıdır. Sarılık için herhangi bir tedavi planına başlamadan önce morbiditeyi azaltmak için ilişkili sepsis, dehidrasyon, elektrolit dengesizliği ve pıhtılaşma anormalliklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Tedavi protokolü multidisipliner bir ekip tarafından planlanmalı, uygulanmalı ve takip edilmelidir (Ravindran, 2020).

Hemşirelik bakımında; Sarılıkla beraber vücut ısısı yüksek olan hastaların oral alımı durdurulur ve hastaneye yatış yapılarak uygun sıvı ile yeterli hidrasyonu sağlanır. Hastanın vücut ısısı düzenli olarak ölçülür ve gerekirse soğuk uygulama yapılır (Özer, 2019; Ravindran, 2020; Çevik vd., 2020).

İdrar ve gaita rengine bakılır. Hastanın idrar çıktısını 0,5 ml/kg/saatin üzerindeki tutmak ve yeterli hidrasyonu sağlamak için intravenöz yoldan sıvı replasmanı yapılır. Hastanın günlük kalori alımı hesaplanır. İştahsızlık ve kilo kaybı olup olmadığı sorgulanır. Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır. Bulantısı olan hastaya antiemetik ve mide koruyucu ilaçlar verilir Kaşıntıyı tetikleyebilecek acılı baharatlı besinlerin tüketilmemesi önerilir (Van Os-Medendorp vd., 2007; Ravindran, 2020; Çevik vd., 2020). Kaşıntı safra tuzlarının deride bulunan duyu sinirlerini uyarması nedeniyle sarılıkla birlikte hastalarda görülen önemli bir cilt sorunudur. Kaşıntı hastanın vücudunda yaygın olabileceği gibi ellerin iç kısmında ve ayak tabanlarında lokal, rahatsız edici veya hafif olabilir (Tajiri & Shimizu 2017; Ravindran, 2020). Bu nedenle kaşıntının yeri, yaygınlığı, şiddeti ve başlangıç zamanı değerlendirilir. Kaşımaya bağlı tahriş, enfeksiyon belirtisi, kuruluk, kabuklanma ve kızarıklık bakımından hastanın cildi incelenir. Ciltte

kaşınan bölgeye soğuk ve nemli kompres uygulanarak hastanın rahatlaması sağlanır (Van Os-Medendorp vd., 2007; Choudhury vd., 2018; Fabrellas vd., 2020). Hijyen kurallarına dikkat edilir. Hastanın vücudu ılık su ile silinerek temizlenir. Hastanın mümkün olduğunca banyo yapma sayısı en aza indirilir ve özellikle banyodan sonra cildi düzenli olarak yağlanır. Geniş, pamuklu ve tahriş edici olmayan giysiler giyindirilir ve hoş kokulu topikal maddelerin cilde sürülmesinden kaçınılır (Fabrellas vd., 2020; Ravindran, 2020; Çevik vd., 2020). Cilt bütünlüğünü korumak ve tahriş olmasını önlemek için tırnaklar kısa ve düz kesilir ve sık sık pozisyonu değiştirilir (Tajiri & Shimizu, 2017). Hastanın bulunduğu ortamın serinliği ve nemi ayarlanır. Kaşıma hissi geldiğinde dikkati başka yöne çekilir (Van Os-Medendorp vd., 2007; Fabrellas vd., 2020). Hastanın cildinde soğukluk, ferahlatıcı rahatlatma sağlayarak kaşıntının azalmasında etkili olabileceği için bariyer koruyucu soğuk mentollü nemlendiriciler ve antihistaminik ilaçlar topikal olarak uygulanır (Van Os-Medendorp vd., 2007; Choudhury vd., 2018; Fabrellas vd., 2020). Hastaların kaşıma alışkanlığından vazgeçmelerini sağlamak için kaşıntı günlüğü tutmaları önerilir (Van Os-Medendorp vd., 2007). Hem şiddetli kaşıntının hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması hem de kaşıntıya bağlı hastalarda uykusuzluk yorgunluğa neden olabilir (Tajiri & Shimizu Y. 2017; Özer, 2019). Hastaların gündüz uyuklama derecesi belirlenir ve gündüz uymayı engelleyici aktivite programı ayarlanır. Fiziksel çevre ve kişisel hijyene özen gösterilerek hastaların yeterli ve düzenli uyuması için ortam hazırlanır. Uykuyu olumsuz etkileyen kafein ve alkol kullanımı sınırlandırılır. Klinikte gece ağrısı, kaşıntı veya noktüri gibi uyku bozukluğuna neden olan sorunlara çözüm bulunarak hastanın dinlenmesi sağlanır. Rutin egzersiz ve fiziksel aktivite yorgunluğu azaltmada etkili olduğu için hastanın yapması sağlanır. Hastalar yorgunluğa bağlı olarak immobil oldukları için ortostatik hipotansiyon gelişebilir. Hasta mobilize edilirken dikkatli olunmalıdır. Antihipertansif ilaç alan hastaların ilaç dozları takip edilir. Sosyal işlevsellik yorgunluğu azaltmada etkili olabileceği için hastaların sosyal destek ağları geliştirilmeli ve grup terapisi oturumları yapılmalıdır (Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020).

Sarılık ile ilişkili olsun ya da olmasın hastalar ağrı semptomu deneyimlemektedir (Ravindran, 2020; Fabrellas vd., 2020; Çevik vd., 2020). Ağrı yönetiminde asetiminofen tercih edilebilir. Ancak non steroid anti inflamatuvar ilaçlardan kaçınılmalıdır (Özer, 2019; Fabrellas vd., 2020). Önerilen tıbbi tedaviler ile birlikte masaj, sıcak veya soğuk kompresler ve nefes egzersizleri, hipnoz ve akupunktur gibi integratif tedaviler hastaların ağrısını dindirmek için

uygulanabilir. Bununla birlikte hastaların dini inanç şekline ve kültürel değerlerine uygun ritüeller, dualar ve diğer manevi uygulamalar ağrının hafifletilmesinde yardımcı olabilir. Hastaların ağrı ile başa çıkma becerilerini geliştirmek için eğitimi verilir (Paice & Ferrel, 2011).

2. Sonuç ve Öneriler

Karaciğer yetmezliği hastalarında karaciğerde oluşabilecek akut durumu önlemek amacıyla hemşireler tarafından hastalara yaşam tarzı değişiklikleri hakkında önerilerde bulunulmalı, tedavileri ile ilgili kararlara aktif katılımları için desteklenmelidir.

Hemşireler komplikasyonların yönetiminde aktif rol aldığına, gelişen komplikasyonlar gerilemekte, hastaların hastaneye yatış oranı azalmakta ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Hastanede, birinci basamakta ve evde bakımda çalışan sağlık profesyonelleri, A-on-KKY'nin önlenmesi ve oluşması durumunda A-on-KKY'ye bağlı gelişen komplikasyonların yönetimi ve bakım uygulamaları hakkında hasta ve hasta yakınlarına anlayabilecekleri şekilde sözlü, yazılı ve görsel eğitimler verilmeli, beceri geliştirebilmeleri için cesaretlendirilmelidir.

Çıkar Çatışması: Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma sırasında herhangi bir destek alınmamıştır.

Yazarlık Katkısı: Fikir/Kavram: SG, RG, Denetleme/Danışmanlık: SG, RG, Kaynak Taraması: SG, RG, Makalenin Yazımı: SG, RG, Eleştirel İnceleme: SG, RG.

Kaynaklar

Alam, A., Suen, K.C., &Ma, D. (2017). Acute-on-chronic liver failure, Recent update. *J Biomed Res*, 31(4), 283–300. <https://doi.org/10.7555%2FJBR.30.20160060>

Alyat, Z., Baykal, Ş., Ünver, B., Kılınc, S., &Öztürk-Birge, A. (2022). Yoğun bakım ünitesinde sepsis ve hemşirelik yönetimi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(2), 415-422. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1989802>

Angeli, P., Bernardi, M., Villanueva, C., Francoz, C., Mookerjee, R.P., Trebicka, J., ...&Gines, P. (2018). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>

Bajaj, J.S., Moreau, R., Kamath, P.S., Vargas, H.E., Arroyo, V., Reddy, K.R., ... &Wong, F. (2018). Acute-on-chronic liver failure: getting ready for prime-time. *Hepatology*, 68(4),1621-1632. <https://doi.org/10.1002/hep.30056>

Bajaj, J.S., O'Leary, J.G., Lai, J.C., Wong, F., Long, M.D., Wong, R.J., ...&Kamath, P.S. (2022). Acute-on-chronic liver failure clinical guidelines. *Am J Gastroenterol*,117(2),225–252. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001595>

Biggins, S.W., Angeli, P., Garcia-Tsao, G., Ginès, P., Ling, S.C., Nadim, M.K., ...&Kim, W.R. (2021). Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American association for the study of liver diseases. *Hepatology*,74(2),1014-1048. <https://doi.org/10.1002/hep.31884>

Branco, M.J.C., Lucas, A.P.M., Marques, R.M.D., &Sousa, P.P. (2020). The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. *Rev Bras Enferm*,73(4),e20190031. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>

Br, V.K., Sarin, S.K. (2023). Acute-on-chronic liver failure: terminology, mechanisms and management. *Clin Mol Hepatol*,29,670-689. <https://doi.org/10.3350/cmh.2022.0103>

Çadircı, K., &Cerrah, S.(2019). Evaluation of precipitating factors in our patients with hepatic encephalopathy. *Firat Med J*, 24 (2), 75-79.

Chan, R.J., Marx, W., Bradford, N., Gordon, L., Bonner, A., Douglas, C., ...&Yates, P.(2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: a systematic review. *Int J Nurs Stud*,81,61-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.002>

Choudhury, B.N., Jain, A., &Baruah, U.D. (2018). Dermatological manifestations of chronic liver disease. *Int J Res Dermatol*,4(2),224-229. <https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20181824>

Çelik, F., &Bektaş, H. (2017). Karaciğer sirozu ve semptom yönetimi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*,10, 215-45. <http://dx.doi.org/10.17371/UHD2017.2.11>

Çevik, B., Kav, S., Kılıç, G., &Kırkpınar, C. (2020). Kronik karaciğer hastalarında görülen dermatolojik sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 70-79.

<http://busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/133/129>

Demir-Korkmaz, F., &Çullu, M. (2015). Venöz tromboembolizm ve hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,31(1), 62-82. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49336/630181>

Dursun, M. (2017). İkterli hastaya güncel yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 5(2),13-17. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktb/issue/47542/598701>

EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. J Hepatol, 2017; 66 (5):1047-81. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.12.003>

Engelmann, C., & Berg, T. (2023). Clinical practice guidelines for acute-on-chronic liver failure: are we ready for reaching global consensus?. HepatoBiliary Surg Nutr,12(2), 239-243. <https://doi.org/10.21037%2Fhbsn-23-6>

Fabrellas, N., Carol, M., Palacio, E., Aban, M., Lanzillotti, T., Nicolao, G., ...&Dols, L.L. (2020). Nursing Care of Patients With Cirrhosis, The LiverHope Nursing Project. Hepatology,71(3), 1106-1116. <https://doi.org/10.1002/hep.31117>

Gerkuş, Ş., &Karaca-Sivrikaya, S. (2020). Yoğun bakım ünitelerinde gelişen akut böbrek yetmezliği ve hemşirelik yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,24(2),150-156. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/56840/751991>

Hançerlioğlu, S., Yıldırım, Y., &Şenuzun-Aykar, F. (2018). Son dönem karaciğer hastalıklarında palyatif bakım ve semptom yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,34(2),98-111.<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/527183>

Jalan, R., Yurdaydin, C., Bajaj, J.S., Acharya, S.K., Arroyo, V., Lin, H.C., ...&Kamath, P.S. (2014). Toward an improved definition of acute-on-chronic liver failure. Gastroenterology,147(1), 4-10. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2014.05.005>

Jung, C.Y., &Chang, J.W. (2023). Hepatorenal syndrome: current concepts and future perspectives. Clin Mol Hepatol, 29(4),891-908. <https://doi.org/10.3350/cmh.2023.0024>

Kumar, R., Mehta, G., &Jalan, R. (2020). Acute-on-chronic liver failure. Clinical Medicine, 20(5),501-4. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0631>

Luo, J., Li, J., Li, P., Liang, X., Mohamed-Hassan, H., Moreau, R., ...& Li, J. (2023). Acute-on-chronic liver failure: far to go-a review. Crit Care, 27, 259. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04540-4>

Ongün, P., Kırtıl, İ., &Öztekin, S.D. (2021). Hepatorenal sendrom tanısı olan bireylerde hemşirelik bakımı. Journal of Nephrology Nursing, 16(1), 19-29. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2021.29>

O'Shaughnessy, J., Grzelak, M., Dontsova, A., &Braun-Alfano, I. (2017). Early sepsis identification. Medsurg Nurs, 26(4),248-52. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/early-sepsis-identification/docview/1929674571/se-2>

Özer, S. (2019). Olgu Senaryolarıyla" İç Hastalıkları Hemşireliği. İçinde: Görüş S (Ed). Siroz ve Bakım Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevleri, 439-47.

Paice, J., &Ferrell, B. (2011). The management of cancer pain. Cancer Journal for Clinicians, 61(3), 157-182. <https://doi.org/10.3322/caac.20112>

Pedersen, J.S., Bendtsen, F., &Møller, S. (2015). Management of cirrhotic ascites. Ther Adv Chronic Dis,6(3),124-137. <https://doi.org/10.1177/2040622315580069>

Polis, S., &Fernandez, R. (2015). Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports,13(1), 39-51. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1987>

Ravindran, Ravi (Rajan). (2020). Jaundice. Surgery (Oxford), 38(8), 446-452. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.06.008>

Rodenbaugh, D., Vo C.T., Redulla, R., &McCauley, K. (2020). Nursing management of hepatic encephalopathy. Gastroenterol Nurs, 43(2),E35-E47. <https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000434>

Sargent, S. (2006). The management and nursing care of cirrhotic ascites. British Journal of Nursing, 15 (4), 211-219. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.4.20547>

Sarin, S.K., Kedarisetty, C.K., Abbas, Z., Amarapurkar, D., Bihari, C., Chan, A.C., ...&Yokosuka, O. (2014). Acute-on-chronic liver failure, Consensus recommendations of the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) 2014.Hepatol Int, 8(4), 453-71 <https://doi.org/10.1007/s12072-014-9580-2>

Sharma P., & Sharma B.C. (2015). Management of overt hepatic encephalopathy. *J Clin Exp Hepatol*, 5(Suppl 1), 82-7. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2014.04.004>

Snyder, S.R., Kiviehan, S.M., & Collopy, K.T. (2015). Cirrhosis and its complications. Catch this liver scarring problem early., because its effects can be life-threatening. *EMS World*, 44(10), 32-7. PMID: 26561682

Sousa, M.S.T., Ferreira, F.S., Silva, N.R.M., Soares, N.S., Silva, L.M., & Morais, A.P. (2018). Assistência de enfermagem a pacientes com sepse na unidade de terapia intensiva, uma revisão de literatura. *REAS/JECH*, 13, 1458. http://dx.doi.org/10.25248/REAS289_2018

Tajiri, K., & Shimizu, Y. (2017). Recent advances in the management of pruritus in chronic liver diseases. *World J Gastroenterol*, 23(19), 3418-3426. <https://doi.org/10.3748%2Fwjg.v23.i19.3418>

Van Os-Medendorp, H., Eland-de Kok, P.C.M., Ros, W.J.G., Bruijnzeel-Koomen, C.A.F.M., & Grypdonck, M. (2007). The nursing programme 'coping with itch': a promising intervention for patients with chronic pruritic skin diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1238-1246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01590.x>