



PERSPECTIVES IN **PALLIATIVE & HOME CARE**

Cilt 2
Sayı 2
Ağustos 2023

Volume 2
Issue 2
August 2023

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 second issue of Perspectives in Palliative & Home Care in 2023. 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.

In this issue of our journal, five research articles and one review article on many fields of expertise meet with the readers. Two of the research articles addressed drug compliance in kidney transplant patients. While two research articles investigated pre- and postoperative care, one research article examined the competence of intensive care nurses trying to manage COVID-19 disease, which resulted in the loss of many patients. In addition, the review study in this issue contributed to the literature by addressing the issue of ethics in terminal palliative care.

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 2023 yılı ikinci 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. PHHC 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.

Dergimizin bu sayısında birçok uzmanlık alanına ilişkin beş araştırma ve bir derleme makalesi okurlar ile buluşmaktadır. Araştırma makalelerinin ikisi böbrek nakli hastalarında ilaç uyumunu ele almıştır. İki araştırma makalesi ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki bakımları araştırırken bir araştırma makalesi de birçok hastanın kaybı ile sonuçlanan COVID-19 hastalığını yönetmeye çalışan yoğun bakım hemşirelerin yetkinliğinin incelemiştir. Ayrıca bu sayıdaki derleme çalışması terminal palyatif bakımda etik konusunu ele alarak literatüre katkı sağlamıştır.

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): 2023

Volume (Cilt): 2

Issue (Sayı): 2

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 Diseases

ADVISORY BOARD/ HAKEM KURULU

Ahmet Özdemir (Kahramanmaraş Sütçü İmam University)
Aysel Doğan (Toros University)
Derya Tülüce (Osmaniye Korkut Ata University)
Emine Derya İster (Kahramanmaraş Sütçü İmam University)
Ezgi Dirgar (Gaziantep University)
Fatma Keskin Töre (Kahramanmaraş Sütçü İmam University)
Merve Gülpak (Kahramanmaraş Sütçü İmam University)
Nihal Aloğlu (Kahramanmaraş Sütçü İmam University)
Remziye Cici (Hitit University)
Safiye Özgüç (Gaziantep University)
Seher Tanrıverdi (Mardin Artuklu University)
Soner Berşe (Gaziantep 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

- 53-62** **Immunosuppressive Medication Adherence and Hopelessness Level in Kidney Transplant Patients**
Böbrek Nakli Hastalarında İmmünsüpresif İlaç Uyumu ve Umutsuzluk Düzeyi
Sevim Güler, Berna Bayır, Maral Kargın, Şengül Dolu Kubilay
- 63-74** **Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**
Determination of Preoperative and Postoperative Quality of Life of Benign Prostatic Hyperplasia Patients
Melek Kaya, Meral Özkan
- 75-81** **COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yetkinliğinin Belirlenmesi**
Determining the Competence of Nurses Working in the COVID-19 Intensive Care Unit
Veysel Tekin, Leyla Zengin Aydın, Büşra Arslan, Barış Yılmaz
- 82-91** **Böbrek Nakil Hastalarında Öz Yönetim ve İmmünsüpresif İlaç Uyumunun Belirlenmesi**
Determination of Self-Management and Immunosuppressive Drug Adaptation in Kidney Transplant Patients
Şule Karşlı, Hatice Serap Koçak, Betül Aktaş
- 92-101** **Omurga Cerrahisi Hastalarının Ameliyat Öncesi Dönemde Ağrıya Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemlerin İncelenmesi; Nitel Bir Çalışma**
Investigation of Complementary and Alternative Methods Used by Spine Surgery Patients for Preoperative Pain; A Qualitative Study
Hatice Oltuluoğlu, Runida Doğan, Mesut Meşe

REVIEW/DERLEME

- 102-106** **Ethics In Terminal Palliative Care: A Nursing Perspective**
Terminal Palyatif Bakımda Etik: Bir Hemşirelik Perspektifi
Kemal Elyeli, Samineh Esmaeilzadeh



Immunosuppressive Medication Adherence and Hopelessness Level in Kidney Transplant Patients

Böbrek Nakli Hastalarında İmmünsüpresif İlaç Uyumu ve Umutsuzluk Düzeyi

Sevim Güler^a  Berna Bayır^{b*}  Maral Kargın^c  Şengül Dolu Kubilay^d 

^a PhD, RN. Adıyaman Training and Research Hospital, Adıyaman, Türkiye

^b Assistant Prof., PhD, RN. Karatay University Faculty of Health Science Nursing Department, Konya, Türkiye

^c Associate Professor., PhD, RN. Lefke European University, School of Nursing, Nursing Department, Lefke/Cyprus

^d Assistant Prof., PhD, RN. Lefke European University, School of Nursing, Nursing Department, Lefke/Cyprus

ABSTRACT

Background/Objective: Kidney transplantation is the preferred treatment option for people with end-stage kidney disease. At this stage, the fact that patients can perceive this treatment method with hope is effective in their psychological well-being, which is also considered to affect their adherence to treatment. The study was conducted to determine the immunosuppressive medication adherence and hopelessness level of kidneytransplant patients.

Material and Method: The research is a descriptive type of cross-sectional research. It was conducted with 158 patients who had undergone kidney transplant surgery. The data were collected using the Descriptive Information Form, Immunosuppressive Treatment Adherence Scale, and Beck Hopelessness Scale.

Results: Transplantation from living donors was performed in 88% of the patients. Patients with higher education had the lowest hopelessness level with 9.69±2.80, those with social activity had the lowest hopelessness level with 10.32±2.91, and those living in nuclear families had the highest medication adherence with 11.22±0.80. There was a weak positive correlation between the "Expectations of Success" sub-factor and immunosuppressive medication adherence ($p<0.05$).

Conclusions: Among the demographic variables of the patients, education level and social activities were found to affect hopelessness level, and family structure was found to affect medication adherence. Expectations of Success, a sub-factor of the hopelessness scale, was found to be associated with medication adherence. However, correlation wasn't found between the total scores of the scales.

Keywords: Kidney transplant; immunosuppressive therapy; adherence; hopelessness.

ÖZ

Giriş/Amaç: Böbrek nakli, son dönem böbrek hastalığı olan kişiler için tercih edilen tedavi seçeneğidir. Bu aşamada hastaların bu tedavi yöntemini umutla algılayabilmeleri psikolojik iyilik hallerinde etkili olmakta, bunun da tedaviye bağlılıklarını etkilediği düşünülmektedir. Araştırma, böbrek nakli olan hastaların immünsüpresif ilaç tedavisine uyumlarını ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Böbrek nakli ameliyatı geçirmiş 158 hasta ile yürütülmüştür. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, İmmünsüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların %88'ine canlı donörden nakil yapılmıştır. Yüksek eğitimli hastalar 9.69±2.80 ile en düşük umutsuzluk düzeyine, sosyal aktivitesi olanlar 10.32±2.91 ile en düşük umutsuzluk düzeyine ve çekirdek ailede yaşayanlar 11.22±0.80 ile en yüksek ilaç uyumuna sahipti. "Başarı Beklentisi" alt faktörü ile immünsüpresif ilaç uyumu arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon vardı ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların demografik değişkenlerinden eğitim düzeyi ve sosyal aktivitelerin umutsuzluk düzeyini, aile yapısının ise ilaç bağlılığını etkilediği bulunmuştur. Umutsuzluk ölçeğinin bir alt faktörü olan Başarı Beklentisi ilaç uyumu ile ilişkili bulunmuştur. Ancak ölçeklerin toplam skorları arasında ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Böbrek nakli; immünsüpresif tedavi; bağlılık; umutsuzluk.

1. Introduction

Kidney transplantation is the preferred treatment option for people with end-stage kidney disease. As long as patients who have undergone kidney transplantation (KT) are alive, using immunosuppressive therapy and adherence with this treatment both in the early and late periods is imperative and critical (Joost et al., 2014; Vankova et al., 2018). KT patients need to come up with a well-planned lifetime KT to ensure that the high survival level they experience in the short term continues in the long term in order to protect the graft function and reduce the risk of complications (Hucker et al., 2017; Williams et al., 2014). Ways to improve adherence were examined, and it was concluded that helping patients take their immunosuppressive medication (ISM) regularly, taking a supportive approach, cognitive, emotional and behavioral interventions are effective in medication adherence, and therefore have a significant impact on graft survival (Kessler, 2014).

In the study compiled by Neuberger et al., (2017) they stated that an organ transplant patient comes for periodic control, adherence with treatment should be added as a fifth vital sign to vital signs such as body temperature, pulse, blood pressure, and respiratory rate, and the patient's level of adherence with treatment should be questioned (Neuberger et al., 2017). Because even in this miraculous treatment method of our age, which brings the transplant patients back to life, the highest immunosuppressant incompatibility rate in kidney transplant recipients was found to be 35-56% (Balik, 2018; Sanders-Pinheiro, 2021). Medication non-adherence, which is a preventable problem is considered as not to start medication at the full dose every day or at the right time, not to use the medication for the prescribed time, and not to follow the recommendations of health care professionals (Gorevski et al., 2011). Immunosuppressive therapy adherence covers the process in which the patient accepts the treatment procedures and actively applies them. Initiating and successfully completing a treatment process, maintaining controls, using medications in the recommended amount and duration, changing lifestyle and managing the disease are critical elements of adherence to treatment. It may be a difficult responsibility to manage this situation appropriately and most crucially, to adapt to the patient (Kessler, 2014). The responsibility of all stakeholders working in the organ transplantation unit, influencing and directing the process in order for patients to adapt to this treatment method, is to keep all conditions at the optimum level for the patient's adherence (Balik, 2018). A professional

multidisciplinary team support is entailed to ensure that the biopsychosocial well-being of the transplant recipient is at the highest level, and to improve medication safety and reduce health care costs for safety (Williams et al., 2014).

ISM incompatibility may reduce the quality of life of patients in the short and long term; however, they may lead to loss of kidney allograft, and thus may be life-threatening since they may increase the risk of returning to dialysis treatment and initiating costly treatments such as retransplantation (Williams et al., 2014; Joost et al., 2014; Prihodova et al., 2014). All these experiences may cause an increase in the sense of hopelessness by consuming KT patients' sense of hope. Improving the quality of life of patients Undergoing KT, prolonging survival, preventing rejection and possible complications may be conducted via protecting graft health, and keeping the feeling of hope alive and high motivates and empowers the individual together with adherence with immunosuppressive therapy (Schaefer & Helderman, 2012). Determining the adherence and hopelessness levels in patients Undergoing KT, planning the better quality of health services to be given to the patient, increasing the accessibility and applicability of the service, as well as contributing to consultation liaison psychiatry practices in the scope of nursing education, consultancy, coordinator and case manager roles are crucial. It is thought that it will provide a guidance for nurses in their services. However, there is not enough evidence-based data to inform mental health personnel serving transplant patients. For these reasons, this study was conducted to determine ISM adherence and hopelessness levels in patients who underwent KT.

2. Material and Methods

Design

The study was conducted using a descriptive cross-sectional research design. The data were collected by the researchers through face-to-face interviews between January 2019 and June 2019 at one Organ Transplant Clinic.

Setting and Sample

The population of the study consisted of all patients who underwent kidney transplantation in the organ transplant clinic until the date of the study. No sample selection was made in the study. All transplant patients were contacted by telephone. Patients who met the research criteria and agreed to participate in the study were included in the sample group of the study. The sample of the study consisted of a total of 158 kidney transplant patients who underwent kidney

transplantation in one Organ Transplant Clinic, and were being followed up in the nephrology outpatient clinic. The inclusion criteria were as follows: Receiving a kidney transplantation, being fluent in Turkish sufficient to communicate with the researcher, volunteering to participate in the study.

Variables of the Study

The independent variables were age, gender, marital status, educational status, diagnosis, concomitant disease, type of transplant, number of transplants, and use of dialysis. The dependent variable was the level of treatment adherence and hopelessness of kidney transplant patients.

Data Collection and Measurements

Introductory Information Form was applied through face-to-face interviews using Immunosuppressive Treatment Adherence Scale and Beck Hopelessness Scale.

Introductory information form: The form was developed by the researcher in accordance with the literature and expert opinion, and it consists of 32 questions and two parts to determine the sociodemographic characteristics of the patients, and their knowledge on dialysis and transplantation (Balik, 2018; Ceyhun & Kirpınar, 2019; Gündüz & Akyolcu, 2020).

The immunosuppressant therapy adherence scale (ITAS): This scale was developed by Chisholm et al., in 2005 in USA to evaluate the patients' adherence to immunosuppressive medication treatment after organ transplantation. The Turkish validity and reliability study was carried out by Bayhan and Karayurt (2014), and the Cronbach's alpha reliability coefficient was found to be $\alpha=0.81$. The scale consists of four questions. Each question evaluates how many times and why the immunosuppressive medication, which prevents organ rejection, has been forgotten to be taken in the last three months. 3 points is for the transplant patient who has never disrupted their immunosuppressive therapy in the last three months (who never forgets), 2 points is for the recipient who has 1-20% non-adherence in the last three months, 1 point is for the recipient who has 21-50% non-adherence in the last three months score, and each item is evaluated by assigning 0 points to transplant patients who have had >50 non-adherence with immunosuppressive therapy in the last three months. The scores to be obtained from the scale range from 0 to 12 points. An increase in the scale score indicates higher level of adherence (Chisholm et al., 2005). The cronbach alpha value in this study is 0.686.

Beckhopelessness scale (BHS): BHS was developed to measure the negative expectations of the individuals for the future. It consists of 20 items, scored between 0 and 1, with a score range of 0 to 20. Answers are marked on the questionnaire. Its validity and reliability were conducted by Seber in 1991. It has three subscales. The participants are asked to mark the statements suitable for them as "Yes", and the ones not suitable as "No". The scores between 0 and 3 indicate "normal", while between 4 and 8 indicate "mild", between 9 and 14 indicate "moderate", and between 14 and 20 indicate "intense" hopelessness. The cronbach alpha value in this study is 0.674.

Data Collection

Datas were collected between January and June 2019. First, the list in the hospital records of all KT patients in the sample group was obtained. They were contacted by obtaining their addresses and phone numbers. Then, an appointment was arranged in advance by explaining the purpose of the study. When they came to the nephrology outpatient clinic for a follow-up appointment, the data were collected through face-to-face interviews in a quiet and empty room, which was determined by the researcher. Each interview lasted an average of 45-60 minutes.

Ethic

Approval was obtained from an University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee before the implementation of the study (No: 2018/6-9; Decision Date: September 18, 2018). Written permission was obtained from the Local Ethics Committee of Adiyaman University Faculty Hospital Dean's Office and Turgut Ozal Medical Center Organ Transplant Clinic. After the purpose of the study was explained, written and verbal consent was obtained from the patients. Patients under 18 years of age and their parents were informed about the study. Consent was obtained from both patients and parents. The informed consent letter, which included explanations about the research and indicated that the research was voluntary, was read by the participants and approval was given. The 1964 Declaration of Helsinki standards were followed at every stage of the study.

Data Analysis

The data of 158 patients were analyzed using the SPSS 22.0 statistical package program. Normality distribution was analysed by KolmogorovSmirnov test. In the analysis of demographic data, mean \pm standard deviation, frequency and percentage methods were used as descriptors. Independent groups t test, one-way analysis of variance, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests were used for variables with normal

distribution and Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests were used for variables without normal distribution. Pearson correlation test was used for relationship analysis. Statistical significance level was determined as $p < 0.05$ at 95% confidence interval.

3. Result

The mean age of the patients who underwent KT was 42.67 ± 14.07 years, 36.7% were 13-37 years old, 34.8% were 38-52 years old, 73.4% were male, 70.3% were married, 44.9% were primary school graduates, 29.1% were undergraduate and graduate graduates.

34.2% did not have children, 70.3% lived in a village, 24.7% were retired, 21.5% were unemployed and 87.3% lived in a family with primary education level. It was determined that the majority of the transplanted individuals (38%) received dialysis treatment between 1-3 years before transplantation, the majority (24.8%) were in the role of father, transplants were mostly performed from living donors (88.0%), and when the proximity of the donors was taken into consideration, it was determined that the most transplants were performed from siblings with a rate of 22.2% (Table 1).

Table 1. Distribution of kidney transplantation patients by socio-demographic and clinical characteristics (n=158)

Demographic Characteristics		Min-Max		Mean±SD			
Age (year)		13-74		42.67±14.07			
		n	%	Variables		n	%
Age	13-37 age	58	36.7	Donor Type	Live	139	88.0
	38-52 age	55	34.8		Cadaver	19	12.0
	53 and above	45	28.5		Proximity	Mom	26
Gender	Male	116	73.4	Father		22	13.9
	Woman	42	26.6	Spouse		27	17.1
Marital status	Married	111	70.3	Dialysis	Brother	35	22.2
	Single	47	29.7		Child	4	2.5
Education	Illiterate	7	4.4	DialysisTime	Relative	24	15.2
	Literate	6	3.8		Yes	103	65.2
	Primary education	71	44.9	No	55	35.8	
	High school	28	17.7	DialysisTime	1-3 Year	60	38.0
University and above	46	29.1	4-6 Year		15	9.5	
Child	Does not have children	54	34.2	Social Activity Status	7 Yil and above	28	17.7
	1-3 children	65	41.1		Yes	98	62
	4 or more children	39	24.7		No	60	38
Job	Public employee	41	26.6	Patients' Self-Identification	Happy	72	45.6
	Retired	40	24.7		Extrovert	35	22.2
	Student	16	10.1		Introvert	23	14.6
	Self-employment	27	17.1		Annoyed	13	8.2
	Not working	34	21.5		Depressed	10	6.3
	Place	Village	111		70.3	Beware	5
Family Type	Town	26	16.4	Frequency of Check-up After Discharge	as recommended	156	98.7
	City	21	13.3		As needed	2	1.3
	Nuclear family	138	87.3		Social Activity Liking Status	Yes	134
Large	14	8.9	No	24		15.2	
Role in the family	Alone	6	3.8	Chronic Diseases Diagnosed After Transplantation	Hypertension	67	42.4
	Mom	30	9.6		Type 2 Diabetes	7	4.4
	Father	77	24.8		Coronary Artery Disease	5	3.2
	Spouse	7	2.3		Other	6	3.6
	Child	37	11.9				
	Individual	5	1.6				

When the presence of chronic diseases in the post-transplant period of kidney transplant patients was evaluated, it was found that 42.4% had hypertension, 4.4% had diabetes mellitus, 3.2% had coronary artery disease, and 98.7% came to the controls as recommended by the doctor after discharge. When they described their current mental state, 45.6% felt cheerful, 22.2% were extroverted, 14.6% were introverted, 8.2% were nervous, 6.3% were depressed and 3.2% were calm. When questioned about liking

and practicing social activities, it was found that 84.8% liked these activities, but 62% were able to do social activities (Table 1).

When the hopelessness levels and medication adherence were compared according to the demographic characteristics of kidney transplant patients; no statistical difference among the scale total scores of age, gender, marital status, place of residence, role of the person in the family was found. Regarding the comparison of the scale total scores in

accordance with education levels, it was found that there was no difference between medication adherence and education level; however, there was a statistically significant difference between the hopelessness total scores since those being primary school graduates had the highest total scale scores compared to those being university graduates who had the lowest scores. Based on the findings, it can be asserted that individuals become less hopeless as their education level increases. Comparing family type and scale total scores, there was no difference between hopelessness total score and family type, but a statistically significant difference was found between medication adherence and family type. It was found

that transplant recipients living in nuclear families had higher medication adherence and those living in extended families had lower medication adherence. In addition, comparing the mean total scores of the hopelessness and medication adherence scales with the occupations of the individuals, it was found that there was a statistically crucial difference between the hopelessness scale and the profession, on the other hand, there was no difference between the medication adherence ($p < 0.05$). It was determined that transplanted individuals who were public employees held a lower hopelessness score; however, those who were self-employed had a higher hopelessness score, that is, they were more hopeless (Table 2).

Table 2. Comparison of hopelessness and immunosuppressive medication adherence levels according to demographic characteristics of kidney transplant patients (n=158)

Variables	Hopelessness X± SD	t / p	Medication Adherence X± SD	t / p
Total Score	10.86±2.75		10.99±1.52	
Age**				
13-37	10.6±2.49	0.268	11.00±0.87	1.381
38-52	10.81±2.70	0.765	11.20±0.80	0.268
53 and above	11.02±3.51		11.26±0.88	
Gender*				
Male	10.80±2.81	1.460	11.11±0.84	0.749
Woman	10.78±3.06	0.229	11.24±0.88	0.3888
Marital status*				
Married	10.93±3.02	1.909	11.16±0.86	2.685
Single	10.46±2.49	0.169	11.11±0.85	0.103
Education**				
Illiterate	11.28±3.25		11.42±0.78	
Literate	10.50±2.94	5.024	11.80±0.44	1.166
Primary education	11.66±2.91	0.002	11.21±0.86	0.325
High school	10.35±2.16		10.96±0.92	
University and above	9.69±2.80		11.04±0.82	
Living place**				
City	10.61±2.85		11.12±0.85	
Town	11.40±3.20	1.203	11.10±0.85	0.581
Bay	11.11±2.72	0.303	11.25±0.90	0.561
Family Type**				
Nuclear family	10.83±2.93		11.22±0.80	
Extended family	10.64±2.64	0.077	10.53±0.96	3.591
Broken family	10.33±2.42	0.973	10.83±0.32	0.015
Job**				
Public employee	9.36±2.47		11.12±0.81	
Retired	10.92±2.65	4.768	11.30±0.93	1.391
Student	10.50±1.96	0.001	11.00±0.81	0.240
Self-employment	11.96±3.33		10.96±0.80	
Not working	11.58±2.95		10.50±2.82	
Role in the Family**				
Mom	10.60±3.17		10.96±2.18	
Father	10.98±3.04		11.20±0.83	
Spouse	11.42±2.57	0.291	10.57±0.53	0.739
Child	10.54±2.47	0.883	10.75±2.00	0.567
Individual	10.40±2.70		11.00±1.41	
Proximity**				
Mom	11.51±3.86		11.14±0.73	
Father	10.92±3.09		11.26±0.91	
Spouse	10.40±2.24	0.728	11.18±1.00	1.245
Brother	10.72±2.02	0.603	10.68±0.89	0.292
Child	9.75±3.30		11.25±0.95	
Relative	10.33±2.71		11.08±0.92	

* T-test in independent groups **Oneway ANOVA

When the hopelessness levels and medication adherence were compared according to the demographic characteristics of kidney transplant patients; no statistical difference among the scale total scores of age, gender, marital status, place of residence, role of the person in the family was found. Regarding the comparison of the scale total scores in accordance with education levels, it was found that there was no difference between medication adherence and education level; however, there was a statistically significant difference between the hopelessness total scores since those being primary school graduates had the highest total scale scores compared to those being university graduates who had the lowest scores. Based on the findings, it can be asserted that individuals become less hopeless as their education level increases. Comparing family type and scale total scores, there was no difference between hopelessness total score and family type, but a statistically significant difference was found between medication adherence and family type. It was found that transplant recipients living in nuclear families had higher medication adherence and those living in extended families had lower medication adherence. In addition, comparing the mean total scores of the hopelessness and medication adherence scales with the occupations of the individuals, it was found that there was a statistically crucial difference between the hopelessness scale and the profession, on the other hand, there was no difference between the medication adherence ($p < 0.05$). It was determined that transplanted individuals who were public employees held a lower hopelessness score; however, those who

were self-employed had a higher hopelessness score, that is, they were more hopeless (Table 2).

When the hopelessness and medication adherence levels of the patients were evaluated according to their clinical characteristics; There was no significant relationship between pre-transplant chronic disease status, pre-transplant dialysis, donor proximity, post-transplant hospitalization, post-transplant trainer, and regular medication use ($p > 0.05$). Considering the relationship between the type of donor and the total scores of the scales, there is no significant difference between the total score of the hopelessness scale and the type of donor ($p > 0.05$); however, there is a statistical difference between the total score of medication adherence and the type of donor ($p < 0.05$). It was found that medication adherence was higher in individuals transplanted from living donors than in cadavers. When the post-transplant infection status was analysed, no significant difference was found between the presence of infection and the total score of medication adherence ($p > 0.05$). However a significant difference was found between the total score of the hopelessness scale according to the presence of infection ($p < 0.05$). It was concluded that the hopelessness levels of the individuals with the infection were higher. When the relationship between social activity status and hopelessness scale and total score and medication adherence was examined, it was determined that there was a significant relationship between the hopelessness scale and social activity status, but no relationship between medication adherence (Table 3).

Table 3. Comparison of hopelessness and immunosuppressive medication adherence levels according to clinical characteristics of kidney transplant patients (n=158)

Variables for Transplant		Hopelessness X± SD	t / p	Medication Adherence X± SD	t / p
Pre-Transplant Chronic Disease*	Yes	10.55±2.88	-1.108	11.15±0.87	0.128
	No	11.06±2.86	0.269	11.13±0.84	0.898
Pre-Transplant Dialysis*	Yes	10.86±2.80	0.397	11.14±0.84	0.003
	No	10.67±3.03	0.692	11.14±0.89	0.998
Donor type*	Live	10.79±2.95	1.483	11.09±0.89	30.117
	Cadaver	10.84±2.33	0.225	10.26±3.66	0.000
Proximity**	Mom	11.51±3.86		11.14±0.73	
	Father	10.92±3.09		11.26±0.91	
	Spouse	10.40±2.24	0.728	11.18±1.00	1.245
	Brother	10.72±2.02	0.603	10.68±0.89	0.292
	Child	9.75±3.30		11.25±0.95	
Post-transplant hospital stay****	Relative	10.33±2.71		11.08±0.92	
	1-6 days	10.52±3.00		11.19±0.83	
	7-10 days	11.21±2.77	1.039	11.20±0.80	0.960
Post-Transplant Infection Status*	11 days or more	10.55±2.82	0.356	10.97±0.98	0.385
	Yes	11.60±2.64	2.362	11.19±0.82	0.411
	No	10.44±2.91	0.019	11.12±0.87	0.682

Post-Transplant Trainer**	Nurse	11.05±3.07		10.90±0.78	
	Physician	11.00±2.68	0.74	11.31±0.90	5.970
	Nurse and Physician	10.63±2.92	0.862	11.16±0.84	0.113
	Nurse, Physician and Book	10.46±3.42		10.92±0.86	
Social Activity Status*	Yes	10.32±2.91	-2.681	11.11±0.83	-0.686
	No	11.56±2.67	0.008	11.21±0.90	0.494

* T-test in independent groups **Oneway ANOVA *** Mann Whitney U ***Kruskal Wallis

There was a positive correlation between the total score of the The Immunosuppressant Therapy Adherence Scale and the sub-factor "Expectations of Success" of the Hopelessness Scale ($p=0.021$). There was no correlation between the total scores of the scales ($p>0.05$: Table 4).

Table 4. The relationship between immunosuppressive medication adherence and hopelessness levels in kidney transplant patients (n=158)

Variables (n=158)		Despair Scale Total Score
Expectations of Success	r	0,186*
	p	0,021
Expectations of Failure	r	-0,044
	p	0,588
Future Uncertainty	r	-0,142
	p	0,079
Beck Hopelessness Scale Total Score	r	0,026
	p	0,746

* $p<0.05$; 1: Pearson Correlation Coefficient (r)

4. Discussion

The findings of the study conducted to determine the immunosuppressive drug compliance and hopelessness level of kidney transplant patients were discussed with the studies in the literature.

When the hopelessness level of the patients is examined; The mean hopelessness scores of the KT patients participating in our study were moderate (10.86 ± 2.75), 45.6% of the patients described themselves as cheerful and 8.2% as nervous, 84.8% liked to do social activities, 62% of them were socially active (Table 1). In the qualitative study of Tucker et al. (2019) involving 476 KT recipients, it was observed that the recipients experienced different moods. The symptoms obtained from the trial may be explained by the fact that KT therapy in recipients results in better clinical outcomes, generally in the short term, after transplantation than before transplantation.

Immunosuppressive non-adherence is an important risk factor affecting poor outcomes experienced by recipients after KT (Sanders-Pinheiro, 2021). It was

determined that the mean medication adherence scores of the KT patients participating in our study were at a high level (Table 2). Research findings with similar results are found in the literature (Madran et al. 2016; Sarigol Ordin et al., 2018). However, unlike our research findings, in many studies, it was observed that the adherence of recipients with medication adherence use after KT was low (Patzner et al., 2016; Zhu et al., 2017; Belaiche et al. 2017; Fellström et al., 2018; Leite et al., 2018; Maass, 2019; Kobayashi et al., 2020). In the study conducted by Gunduz&Akyolcu (2020), it was stated that the recipients had difficulties in the early stages of transplantation due to the use of too many medications and the side effects of medications (Gunduz&Akyolcu, 2020). It is thought that the differences between the literature and the study results may be due to the difference between the early and late follow-up periods after transplantation between the studies.

When the effect of educational status on hopelessness level is examined, it is seen that there is a statistically significant difference between educational level and total hopelessness score according to the results of the present study (Table 2). These findings revealed that as the educational level of individuals increased, their hopelessness levels decreased. Similar results were obtained in studies conducted with a group of patients with different clinical diagnoses: In the study conducted by Kilinc et al., (2016) with patients with heart failure, it was stated that the hopelessness scores of those with high healthy lifestyle behaviors decreased, and in parallel, their hope levels increased. The results of this study are in parallel with the results of the studies in the literature. In this direction, it is possible to say that the level of hopelessness is likely to decrease as the level of education increases.

When the level of hopelessness according to the occupation status is examined; It has been concluded that KT patients who are public employees are less hopeless (Table 2). In the study of Tucker et al., (2019) with KT patients, some of the KT patients stated that they can go to work, feel more vigorous, and take care of their work and general health because they are happy. Other than that was stated that the increase in the quality of life of the recipients after transplantation affected their productivity at the same level, and they

returned to working life and planned for their future more comfortably (Tucker et al., 2019). The results of this studies show similarities with the results of the study. It is thought that having a regular job and income may be effective in increasing the sense of hope.

When family type and level of adherence to immunosuppressive treatment were analyzed, it was found that family structure affected medication adherence (Table 2). In a study in the literature, it was determined that recipients receiving quality social support to meet their information needs in physical, emotional, social and stressful situations after KT were twice as likely to comply with ISM (Belaiche et al., 2017). In the systematic review and meta-analysis study of Ladin et al., (2018), including 36 studies involving recipients of different organ transplants, studies show that there was no relationship between social support and medication adherence, while 9 studies with high quality levels showed a slightly higher correlation between social support and medication adherence which was highly correlated. In a study included in the same systematic review (n = 304), it was found that there was a statistically significant relationship between perceived family caregiver support and medication adherence, and low perceived family caregiver support affected medication adherence (Ladin et al., 2018). Considering the literature findings, it can be said that a regular and healthy family life positively affects medication adherence.

In addition, regarding the level of adherence to immunosuppressive treatment in accordance with donor type, it was determined that most of the recipients were transplanted from a living donor (88.0%) and their medication adherence levels were high (Table 3). Similarly, in many studies, KT recipients should experience a sense of gratitude towards the living donor or his family, be very careful to prevent kidney survival and rejection; hence, they should take more sense of responsibility because an indicator of gratitude, responsibility, guilt and indebtedness to the transplanted organ is highly required. It has been determined that they pay more attention to medication adherence to show their care (Amonoo, 2019; Ceyhun & Kirpinar, 2019; Gunduz & Akyolcu, 2020). Unlike our research findings, in another study, it was found that the recipients receiving a transplant from a living donor had lower ISM adherence held two to three times higher incompatibility than the recipient having transplant from a cadaver donor. In the same study was found that a recipient transplanted from a living unrelated donor had a similar level of medication adherence adherence with a recipient transplanted from a

cadaveric donor (Denhaerynck et al., 2014). In our study, it is clear that the number of cadaveric transplantation is rather low compared to live transplantation. It is thought that the differences in findings between studies may be due to the differences between living and cadaveric transplantation rates.

When the relationship between patients' hopelessness level and treatment adherence was examined, it was determined that there was a positive correlation between Expectations of Success and Despair Scale (Table 4). In the study conducted by Taskin Yilmaz et al. (2019) with dialysis patients, it was stated that hope may be effective in increasing patients' adherence with treatment. In the long term, it was found that it decreases hope levels, expectations and quality of life and negatively affects patient and graft health (Prihodova et al., 2014). The research result is similar to the literature.

5. Limitations of the Research

Since the study has been conducted in a single institution, the results cannot be generalized to a wider sample.

6. Conclusion

At the end of the study, it was observed that kidney transplants were mostly performed by living donors those with the lowest level of education, and those without a regular job had higher levels of hopelessness. It was determined that patients with non-crowded families had higher medication adherence. In the correlation between patients' hopelessness levels and medication adherence, it was observed that patients with high expectations of success for the disease and the future also had high medication adherence. In line with the results, it is recommended to create public service announcements to increase the number of cadaveric transplants, to get support from religious officials if necessary, to include organ donation issues in schools, and to plan studies to increase the level of hope in patients to increase treatment adherence. There is need for randomized controlled studies in this field to increase the level of hope.

Conflict of Interest Statement

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Author Contributions

SG, BB: Study Conception and Design, SB, BB, MK: Data Collection, SG: Data Analysis and Interpretation, BB, MK: Drafting of the Article, SG, BB, MK: Critical Revision of the Article

Acknowledgements: We would like to thank all kidney transplant patients who contributed to this study and the head of the clinical department who helped us to reach the patients.

Reference

- Amonoo, H.L., Brown, L.A., Scheu, C.F., Millstein, R.A., Pirl, W.F., & Vitagliano, H.L. (2019). Positive psychological experiences in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*, 28(8), 1633–1639. <https://doi.org/10.1002/pon.5128>
- Balik, I. (2018). Problems of adherence to treatment in chronic patients and solution suggestions symposium. Pharmaceutical awareness development and rational medication association. Treatment Adherence Problems in Organ Transplantation Patients edit: Atila Gork. Page:104-106. 24-25 February 2018. Antalya
- Bayhan, B., & Karayurt, O. (2014). Validity and reliability of the immunosuppressant therapy adherence scale (ITAS). (Master's thesis, Dokuz Eylül University, Institute of Health Sciences, İzmir). Retrieved from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>
- Belaiche, S., De'caudin, B., Dharancy, S., Noel, C., Odou, P., & Hazzan, M. (2017). Factors relevant to medication non-adherence in kidney transplant: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(3), 582-593. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0436-4>
- Ceyhun, H.A., & Kirpinar, I., (2019). Psychiatric diagnoses in patients with kidney transplantation or dialysis made due to end stage kidney disease. *Alpha Psychiatry*, 20, 426-435. <https://doi.org/10.5455/apd.12474>
- Chisholm, M.A., Lance, C.E., & Mulloy, L.L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62(17), 1775-1781. <https://doi.org/10.2146/ajhp040541>
- Denhaerynck, K., Schmid-Mohler, G., Kiss, A., Steiger, J., Wuthrich, R.P., Bock, A., & De Geest, S. (2014). Differences in medication adherence between living and deceased donor kidney transplant patients. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 5(1), 7-14. PMID: 25013673; PMCID: PMC4089329.
- Fellström, B., Holmdahl, J., Sundvall, N., Cockburn, E., Kilany, S., Wennberg, L. (2018). Adherence of Renal Transplant Recipients to Once-daily, Prolonged-Release and Twice-daily, Immediate-release Tacrolimus-based Regimens in a Real-life Setting in Sweden. *Transplantation Proceedings*, 50(10), 3238–3245. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.06.002>
- Gorevski, E., Minkara, A., Bain, B., Mogilishetty, G., & Boone, J.M. (2011). PSU12 Immunosuppressant therapy adherence and rejection outcomes in liver and kidney transplant patients. *Value in Health*, 14(3), A88. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.02.494>
- Gunduz, E., & Akyolcu, N. (2020). Psychosocial experiences of kidney transplant patients: A Qualitative Study. *Current Approaches in Psychiatry*, 12, 204-218. <https://doi.org/10.18863/pgy.774117>
- Hucker, A., Bunn, F., Carpenter, L., Lawrence, C., Farrington, K., & Sharma, S. (2017). Non-adherence to immunosuppressants following kidney transplantation: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 7(9), e015411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015411>
- Joost, R., Dorie, F., Schwitulla, J., Eckardt, K-U., & Hugo, C. (2014). Intensified pharmaceutical care is improving immunosuppressive medication adherence in kidney transplant recipients during the first post-transplant year: a quasi-experimental study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29(8), 1597-1607. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu207>
- Kessler, M. (2014). Improving treatment adherence in kidney transplantation: A major challenge. *Nephrologie & Thérapeutique* 10, 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2013.11.008>
- Kilinc, G., Yildiz, E., & Kavak, F. (2016). The relationship between healthy lifestyle behaviors and hopelessness in heart failure patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 114-126. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.96158>
- Kobayashi, S., Tsutsui, J., Okabe, S., Hideki, I., Akaho, R., & Nishimura, K. (2020). Medication nonadherence after kidney transplantation: an internet-based survey in Japan. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 91-101. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1622745>
- Ladin, K., Daniels, A., Osani, M., & Bannuru, R.R. (2018). Is social support associated with post-transplant medication adherence and outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Transplantation Reviews*, 32(1), 16-28. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2017.04.001>
- Leite, R.F., Silva, A.C., Oliveira, P.C., Silva, L.M., Pestana, J.M., Schirmer, J., Roza, B.A. (2018). Measurement of adherence to immunosuppressive drugs in renal transplant recipients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 489–496. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800069>
- Maass, K.L., Smith, A.R., Tucker, E.L., Schapiro, H., Cottrell, S.M., Gendron, E., ... & Leichtman, A.B. (2019). Comparison of patient and provider goals, expectations, and experiences following kidney transplantation. *Patient Education And Counseling*, 102(5), 990-997. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.010>

- Madran, B., Burns, M.A., Spivey, C.A., & Wilks, S.E. (2016). Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult kidney transplant recipients: *Clinical Transplantation*, 24(3), 312-320. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2009.01060.x>
- Neuberger, J.M., Bechstein, W.O., Kuypers, D.R., Burra, P., Citterio, F., De Geest, S., ... & Van Gelder, T. (2017). Practical recommendations for long-term management of modifiable risks in kidney and liver transplant recipients: a guidance report and clinical checklist by the consensus on managing modifiable risk in transplantation (COMMIT) group. *Transplantation*, 101(4S), 1-56. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001651>
- Patzer, R.E., Serper, M., Reese, P.P., Przytula, K., Koval, R., Ladner, DP., ... & Wolf, MS. (2016). Medication understanding, non-adherence, and clinical outcomes among adult kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 30(10), 1294-1305. <https://doi.org/10.1111/ctr.12821>
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Majernikova, M., Roland, R., Groothoff, J. W., & Van Dijk, J.P. (2014). Adherence in patients in the first year after kidney transplantation and its impact on graft loss and mortality: a cross-sectional and prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2871-2883. <https://doi.org/10.1111/jan.12447>
- Sanders-Pinheiro, H., Colugnati, F.A., Denhaerynck, K., Marsicano, E.O., Medina, J.O., & De Geest, S. (2021). Multilevel correlates of immunosuppressive nonadherence in kidney transplant patients: The Multicenter Adhere Brazil Study. *Transplantation*, 105(1), 255-266. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000003214>
- Sarıgöl Ordin, Y., Karayurt, Ö., Ertan, N., & Yıldız, S. (2018). Evaluation of adherence to immunosuppressive treatment with different methods in kidney transplant recipients. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 27(3), 254-261. <https://doi.org/10.5262/tndt.2018.3147>
- Schaefer, H.M., & Helderman, H.J. (2012). Current and emerging maintenance immunosuppressive therapy. *Turkiye Klinikleri Journal Nephrology-Special Topics*, 5(3), 1-9. URL: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-guncel-ve-yeni-gelistirilen-immunosupresif-tedavi-yonetimi-63718.html>
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoglu, C., & Tekin, D. (1993). The validity and reliability of the hopelessness scale. *Journal of Crisis*, 1(3), 139-142. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/596251>
- Taskin Yilmaz, F., Sert, H., Karakoc Kumsar, A., Aygin, D., Sipahi, S., & Genc, A.B. (2020). Evaluation of hope, symptom control, and medication compliance/adherence in hemodialysis patients. *Acibadem University Health Sciences Journal*, 1, 35-43. <https://doi.org/10.31067/0.2019.197>
- Tucker, E.L., Smith, A.R., Daskin, M.S., Schapiro, H., Cottrell, S.M., Gendron, E.S., ... & Maass, K.L. (2019). Life and expectations post-kidney transplant: A qualitative analysis of patient responses. *BMC Nephrology*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1368-0>
- Williams, A.F., Manias, E., Gaskin, C.J., & Crawford, K. (2014). Medicine non-adherence in kidney transplantation. *Journal of Kidney Care*, 40(2), 107-116. <https://doi.org/10.1111/jorc.12063>
- Vankova, B., Mala-Ladova, K., Kubena, A.A., Maly, J., Sulkova, & S.D. Immunosuppressive therapy related adherence, beliefs and self-management in kidney transplant outpatients. *Patient Prefer Adherence*, 12, 2605-2613. <https://doi.org/10.2147/PPA.S184166>. PMID: 30584284; PMCID: PMC6287542.
- Zhu, Y., Zhou, Y., Zhang, L., Zhang, J., & Lin, J. (2017). Efficacy of interventions for adherence to the immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Investigative Medicine*, 65(7), 1049-1056. <https://doi.org/10.1136/jim-2016-000>



Benign Prostat Hiperplazili Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Determination of Preoperative and Postoperative Quality of Life of Benign Prostatic Hyperplasia Patients

Melek Kaya^{a*}  Meral Özkan^b 

^a Hem. İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Erişkin Acil Hemşireliği, Malatya, Türkiye

^b Prof. Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

ÖZ

Giriş/Amaç: Benign prostat hiperplazisi hastaların günlük faaliyetlerini sürdürmelerini engelleyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Araştırma benign prostat hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Türkiye'nin doğusundaki bir ilde üç hastanenin üroloji poliklinik ve kliniklerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında üroloji kliniklerine benign prostat hiperplazisi nedeniyle ameliyat üzere yatırılan hastalar oluşturdu. Örneklemi; olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan, bilgilendirilmiş yazılı izin veren 70 hasta oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce, etik onay ve kurum izinleri alındı. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere iki kez değerlendirmeye alındı. Ameliyat öncesi dönemde üroloji kliniklerinde yatan hastalara, tanıttıcı özelliklerini belirlemek için Hasta Tanıtım Formu, yaşam kalitelerini belirlemek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Ameliyattan 1 ay sonra üroloji polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran hastalara tekrar yaşam kalitesi ölçekleri uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde oranları, t testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 69.12±8.84 olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan alınan puanların ameliyat sonrasında yükseldiği belirlendi. Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde, ameliyat öncesi 33.97±9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25±14.30 olduğu belirlendi.

Sonuç: Benign prostat hiperplazili hastaların yaşam kalitesinin ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde önemli düzeyde yükseldiği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Benign prostat hiperplazisi; ameliyat öncesi; ameliyat sonrası; yaşam kalitesi; hemşirelik.

ABSTRACT

Background/Objective: Benign prostatic hyperplasia reduces the quality of life of patients by preventing them from continuing their daily activities. This study was carried out to determine preoperative and postoperative quality of life in patients with benign prostate hyperplasia.

Material and Method: The descriptive study was conducted in the urology outpatient and inpatient clinics of three hospitals in a province in eastern Turkey. The study population consisted of patients hospitalized in the urology clinics to be operated due to benign prostate hyperplasia between the data collection dates. The sample included 70 patients, elected by way of non-probability random sampling, who met the study inclusion criteria, and who gave their written informed consents. Before initiating the study, ethical approval and institutional permissions were obtained. The patients were assessed twice, before and after the surgery. The patients who were hospitalized in the urology clinics in the preoperative period were administered a Patient Description Form to identify their descriptive characteristics, the SF-36 Quality of Life Scale and the Benign Prostate Hyperplasia Quality of Life Scale to determine their quality of life. The patients who presented to the urology outpatient clinics for a follow-up visit a month after surgery were administered once more the quality of life scales. Numbers, percentages, t-tests, and the Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of the data.

Results: The mean age of the patients was 69.12±8.84. When the scores obtained by the patients from the subdomains of the preoperative and postoperative SF-36 Quality of Life Scales were compared, the scores obtained from all the subdomains except the perceived general health subdomain were found to improve after the surgery. A review of the scores they obtained from the Benign Prostate Hyperplasia Quality of Life Scale showed that the quality of life score, which was 33.97±9.18 before the surgery, turned out to be 16.25±14.30 after the surgery.

Conclusions: Demonstrated that the quality of life in patients with benign prostatic hyperplasia significantly increased in the postoperative period compared to the preoperative period.

Keywords: Benign prostate hyperplasia; preoperative; postoperative; quality of life; nursing.

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Melek Kaya

E-posta: melek.kaya@inonu.edu.tr

Başvuru/Received: 22 Temmuz 2023

Kabul/Accepted: 16 Ağustos 2023

Yayın/Publication Date: 30 Ağustos 2023

1. Giriş

Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat bezinin epitelyal ve stromal bileşenlerinin malign olmayan büyümesidir (Schwinn & Roehrborn, 2008; Coffey vd., 1990).

BPH, 50 yaş üstü erkeklerin ortalama üçte birinde gelişen ilerleyici bir sağlık sorunudur (Görür & Baydınç, 2010). Yaş arttıkça yükselen BPH görülme sıklığı, 51-60 yaş aralığında yaklaşık % 42 iken, 61-70 yaş aralığında % 70'lere ve 81-90 yaş aralığında %90'lar düzeyine ulaşmaktadır (Dirim & Özkardeş 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde, 60-69 yaş arası erkeklerin %70'ini, 70 yaş ve üstünün ise %80' ini etkilemektedir (Wei vd., 2005). Türkiye'de BPH prevalansı hakkında tam istatistiksel veriler olmamakla birlikte, 40 yaş üstü erkeklerde, BPH'ı düşündürülen en önemli semptomlar olan alt üriner sistem semptom (AÜSS) oranının % 80-85 arasında olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Elaltuntaş 2008; Lekili & Müezzinoğlu 2005).

BPH mesane çıkım obstrüksiyonuna yol açarak alt üriner sistem semptomlarının gelişmesine neden olmaktadır (Schwinn & Roehrborn, 2008). İdrara gitme sıklığında artış, ani sıkışma hissi, noktüri, idrar yapma güçlüğü, mesanenin tam boşaltılamaması hissi, idrar akış hızında azalma, kesik kesik idrar yapma ve dizüri semptom kompleksi alt üriner sistem semptomları olarak adlandırılmakta ve en önemli nedeninin BPH olduğu belirtilmektedir (McNeal, 1978; Platz vd., 2002).

BPH'a bağlı AÜSS, hastaların günlük yaşam aktivitelerini nitelikli bir biçimde sürdürmelerini engelleyerek, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Dirim & Özkardeş 2009; Djavan, 2003; Tarcan & Yazıcı, 2006). Bu semptomlar hastalarda özellikle uyku bozukluğu, anksiyete, depresyon, öz güvende azalma ve boş zamanın değerlendirilmesinde yetersizlik gibi durumların gelişmesine neden olmaktadır (Schwinn & Roehrborn, 2008). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada 50 yaş üzeri erkeklerde % 41 oranında orta ve şiddetli derecede alt üriner sistem yakınmalarının olduğu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Trueman vd., 1999).

Hem Amerikan Üroloji Birliği (AUA/ American Urology Association) hem de Avrupa Üroloji Birliği (EAU/European Urology Association) kılavuzunda BPH'ın tedavisi izlem, medikal tedavi, cerrahi tedavi ve minimal invaziv tedaviler olmak üzere 4 ana grupta incelenmektedir (McVary vd., 2010; De La Rosette vd., 2006). Yirminci yüzyılın ilk döneminde BPH tedavisinde iki tür cerrahi yaklaşım (açık prostatektomi, transüretral prostat rezeksiyonu

[TUR-P]) ön plandayken, zaman içerisinde minimal invaziv tedavi seçeneklerinin ve medikal tedavinin tanımlanması ile birlikte alternatif tedavi yöntemleri de uygulanmaya başlanmıştır. Tedavide kullanılan yöntemlerin çoğunda amaç AÜSS'nin ortadan kaldırılması, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonların azaltılmasıdır (McVary vd., 2010; De La Rosette vd., 2006; Wilt, 2008).

Paris'te 1994 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Konsensüs Toplantısında, ciddi komplikasyon gelişmemiş semptomatik BPH hastalarında tedavide ana amacın semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu belirtilmiştir (Çam, 2009; Çam, 2005). Aynı şekilde Avrupa Üroloji Kılavuzları'nda da tedavinin amacının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu net olarak ifade edilmiştir (Çam 2005).

BPH'da tedavinin ana amacının yaşam kalitesinin yükseltilmesi olduğu vurgulanırken, literatür incelendiğinde BPH ameliyatı öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. BPH'lı hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesinin, hastalara uygulanacak hemşirelik girişimleri için yol gösterici olması ve nitelikli bakımın sağlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma, BPH'lı hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek ve araştırma sonuçları doğrultusunda hastaların daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri için gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanmasına yardımcı olacak öneriler sunmak amacıyla yapıldı.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma benign prostat hiperplazili hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma ameliyat öncesinde Türkiye'nin doğusundaki bir ilde üç hastanenin üroloji kliniklerinde, ameliyat sonrasında ise aynı hastanelerin üroloji polikliniklerinde Temmuz 2012- Ocak 2014 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ekim 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında Türkiye'nin doğusundaki bir ilde üç hastanenin üroloji kliniklerinde BPH nedeniyle ameliyat olmak üzere yatan tüm hastalar oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini ise Ekim 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında sözü edilen kliniklere BPH nedeniyle ameliyat olmak üzere yatırılan hastalar arasından, araştırmaya alınma kriterlerine göre seçilen 70 hasta oluşturdu. Örneklem hacmi güç analizi ile hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda; %5 tip I hata (alfa) ve %20 tip II hata (Güç:0.80) ile yaşam kalitesinde ortalama 23 puanlık artış için en az 70 hastaya gereksinim olduğu belirlendi. Bu hastalar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile araştırmacının kendisi tarafından araştırmaya alındı.

Araştırmaya alınma kriterleri; iletişim kurabilen, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hastalar araştırma kapsamına alındı.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, Kısa Form- 36 (Short Form-36; SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Benign Prostat Hiperplazisi Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı.

Hasta tanıtım formu: Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Kısa form-36 (short form-36; SF 36) yaşam kalitesi ölçeği: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ware tarafından 1992 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından romatizmal hastalığı olan örneklem grubunda yapılmıştır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında her bir alt boyut için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.73-0.76 arasında değerler elde edilmiştir (Koçyiğit, 1999; Ware, 1992).

Bu çalışmada SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cronbach alpha değerleri toplam ölçek için 0.71 ve alt boyutlardan fiziksel fonksiyon için 0.92, fiziksel rol için 0.98, ağrı için 0.89, genel sağlık algısı için 0.64, yaşamsallık için 0.75, sosyal fonksiyon için 0.83, mental rol için 0.97, mental sağlık için 0.61 olarak bulundu.

Benign prostat hiperplazisi yaşam kalitesi (BPH-YK) ölçeği: Bu ölçek Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu tarafından Türkiye'deki BPH hastalarına özgü olarak geliştirilmiş, geçerlilik

çalışmasında cronbach alfa değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Her soru 0 ile 3 arasında (a Şıkkı 0, b Şıkkı 1, c Şıkkı 2 ve d Şıkkı 3 puan olmak üzere) puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 60 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (Çam, 2009). Bu çalışmada BPH Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0.85 olarak bulundu.

Verilerin Toplanması

Veriler, Ekim 2012- Şubat 2013 tarihleri arasında Türkiye'nin doğusundaki bir ilde üç hastanenin üroloji klinikleri ve polikliniklerinde, rastlantısal olarak toplandı. Hastalar ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olmak üzere iki kez değerlendirmeye alındı. Ameliyat öncesi dönemde BPH nedeniyle ameliyat olmak için üroloji kliniklerinde yatmakta olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve bilgilendirilmiş yazılı izin veren hastalar araştırma kapsamına alındı. Hastalara, Hasta Tanıtım Formu, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BPH-YK Ölçeği tanıtıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacının kendisi tarafından uygulandı. Ameliyattan 1 ay sonra üroloji polikliniklerine kontrole gelen hastalara tekrar SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve BPH-YK Ölçeği uygulandı ve gerekli karşılaştırmalar yapıldı.

Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmaya başlamadan önce Helsinki Deklarasyonu ilkelerine bağlı kalınarak İnönü Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (2012/137) ve çalışma yapılan hastanelerden kurum izni alındı. Ayrıca hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, gönüllü olanlardan sözlü ve yazılı izin alındı.

Veri analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmeleri SPSS 16.0 paket programında yapıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında 0.05 önem düzeyinde değerlendirildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile kontrol edildi. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach's α güvenilirlik katsayısı kullanıldı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde değerleri ile verildi. Parametrik değişkenlerde, bağımlı (grup içi ölçek puan ortalamaları) ve bağımsız (ölçek puanlarında sosyodemografik özelliklere bağlı) iki grup arasındaki farklılığı değerlendirmek için t testi; nonparametrik değişkenlerde, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi testi kullanıldı.

3. Bulgular

Tablo 1. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlardan ve BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (s=70)

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Ameliyat öncesi			Ameliyat sonrası		
	Ortalama \pm SS	En düşük	En yüksek	Ortalama \pm SS	En düşük	En yüksek
Fiziksel fonksiyon	23.64 \pm 5.64	10.00	30.00	24.05 \pm 5.73	10.00	30.00
Test	t: 0.724			p: 0.471		
Fiziksel rol	5.12 \pm 1.76	4.00	8.00	6.77 \pm 1.63	4.00	8.00
Test	t: 6.034			p: 0.000**		
Ağrı	5.56 \pm 2.94	2.00	11.00	8.55 \pm 2.65	2.00	11.00
Test	t: 7.253			p: 0.000**		
Genel sağlık algısı	17.82 \pm 3.97	8.00	25.00	17.65 \pm 4.02	7.00	25.00
Test	t: 0.374			p: 0.710		
Yaşamsallık	17.54 \pm 4.32	7.00	24.00	17.67 \pm 4.28	4.00	24.00
Test	t: 0.277			p: 0.783		
Sosyal fonksiyon	5.31 \pm 2.51	2.00	10.00	7.45 \pm 2.33	2.00	10.00
Test	t: 5.875			p: 0.000**		
Mental rol	4.02 \pm 1.39	3.00	6.00	5.10 \pm 1.26	3.00	6.00
Test	t: 5.180			p: 0.000**		
Mental sağlık	23.01 \pm 3.90	14.00	30.00	23.71 \pm 4.00	7.00	30.00
Test	t: 1.992			p: 0.050*		
BPH Yaşam Kalitesi Ölçeği	33.97 \pm 9.18	6.00	51.00	16.25 \pm 14.30	0.00	53.00
Test	t: 9.215			p:0.000**		

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan alınan puanların ameliyat sonrasında yükseldiği belirlendi. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik istatistiksel açıdan önemli bulunmadı ($p>0.05$). Fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental rol ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik ise istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ameliyat öncesi 33.97 \pm 9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25 \pm 14.30 olduğu ve puanlar arasında görülen farklılığın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Tablo 1).

Yaş ortalaması 69.12 \pm 8.84 (min-max: 50.00-91.00) olan hastaların %48.6'sı 65-79 yaş grubunda, %47.1'i ilk ve orta öğretim mezunu, %40.0'inin emekli olduğu, %52.9'unun ilde yaşadığı, %61.4'ünün daha önce ameliyat deneyimlediği belirlendi (Tablo 2).

Hastaların yaş gruplarına göre, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının düşmesi istatistiksel olarak önemli bulundu ($p:0.011$). Hastaların yaş gruplarına göre diğer yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların tüm alt boyutlarda en yüksek puanı aldığı ancak görülen puan farkının istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Emekli olan hastaların, mental sağlık alt boyutu hariç tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü. Emekli olan hastaların fiziksel rol ($p: 0.026$), ağrı ($p: 0.000$), sosyal fonksiyon ($p: 0.009$) ve mental rol ($p: 0.018$) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilde yaşayan hastaların fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ağrı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p: 0.002$). Yaşanılan yere göre diğer alt boyut puan ortalamaları arasında görülen farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların yaş gruplarına göre, ameliyat sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 50-64 yaş grubundaki hastaların fiziksel rol alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan en yüksek puanı aldığı belirlendi. Bu yaş grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon ($p: 0.023$) ve yaşamsallık ($p: 0.008$) alt boyutlarından daha

yüksek puan alması istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$).

Hastaların eğitim durumu, meslek ve yaşanılan yere göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermedi ($p > 0.05$).

Geçmiş ameliyat deneyimi olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi SF 36 yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmedi ($p > 0.05$). Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, daha önce ameliyat olmayan hastaların mental sağlık alt boyutu hariç diğer alt boyutların tümünde daha yüksek puan aldıkları ancak sadece fiziksel rol alt boyut puanında görülen farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p: 0.047$).

Tablo 3. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ameliyat öncesi ve sonrası BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması ($s=70$)

Tanıtıcı özellikler	BPH yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı	
	Ameliyat öncesi Ort \pm SS	Ameliyat sonrası Ort \pm SS
Yaş		
50 – 64	32.68 \pm 7.72	16.84 \pm 14.77
65 – 79	35.38 \pm 10.53	14.20 \pm 14.05
80 ve üzeri	32.54 \pm 7.67	21.27 \pm 13.94
Test	KW $_x^2= 2.995$	KW $_x^2= 2.778$
p değeri	p: 0.224	p: 0.248
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	33.75 \pm 9.89	19.41 \pm 13.92
Okuryazar	32.46 \pm 9.21	15.15 \pm 15.45
İlk ve orta öğretim	35.00 \pm 9.50	14.45 \pm 13.95
Lise ve üzeri	33.00 \pm 8.26	19.25 \pm 15.21
Test	KW $_x^2= 1.220$	KW $_x^2= 1.511$
p değeri	p: 0.748	p: 0.680
Meslek		
Emekli	31.67 \pm 9.98	18.60 \pm 15.64
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	35.50 \pm 8.38	14.69 \pm 13.30
Test	t= 1.731	t= 1.124
p değeri	p: 0.088	p: 0.265
Yaşadığı yer		
İl	33.27 \pm 9.18	19.35 \pm 14.86
İlçe	33.00 \pm 11.96	13.25 \pm 12.81
Köy/kasaba	35.76 \pm 7.44	12.52 \pm 13.44
Test	KW $_x^2= 1.074$	KW $_x^2= 3.011$
p değeri	p: 0.584	p: 0.222
Geçmiş Ameliyat Deneyimi		
Var	34.58 \pm 8.10	16.55 \pm 13.40
Yok	33.00 \pm 10.77	15.77 \pm 15.89
Test	t= 0.699	t= 0.221
p değeri	p: 0.487	p: 0.826

Hastaların yaş, eğitim durumu, meslek ve yaşanılan yere göre BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermedi ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Hastaların geçmiş ameliyat deneyimi olması ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde BPH yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ameliyat deneyimi olmayan hastaların her iki dönemde de daha düşük puan aldığı ancak bu durumun istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

4. Tartışma

BPH yaşamı tehdit eden bir hastalıktan çok yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle BPH tedavisinde temel amacın semptomların giderilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu bildirilmektedir (Çam, 2005; Koca vd., 2012). Ancak literatür incelendiğinde, BPH ameliyatı öncesi ve sonrası yaşam kalitesini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlarından aldıkları puanların, ameliyattan 1 ay sonra yükseldiği belirlendi. Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyut puan ortalamalarında görülen değişiklik istatistiksel olarak önemli bulunmazken, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental rol ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarında görülen yükselme istatistiksel olarak önemli bulundu (Tablo 1).

Demiral ve arkadaşlarının ölçeğin genel toplum örneğinde güvenilirliğini belirlemeye yönelik 18 yaş ve üzerinde olan bireylerde yaptıkları çalışmada, Türk toplumu standartlarına ulaşılmış ve alt boyutlardan alınan puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon için 86.6 \pm 25.2, fiziksel rol için 89.5 \pm 29.6, ağrı için 86.1 \pm 20.6, genel sağlık algısı için 73.9 \pm 17.5, yaşamsallık için 67.0 \pm 13.8, sosyal fonksiyon için 94.8 \pm 14.2, mental rol güçlüğü için 94.7 \pm 20.9 ve mental sağlık için 73.5 \pm 11.6 olduğu belirlenmiştir (Demiral, 2004).

Bu çalışma sonuçları, Türk toplumu standartları ile kıyaslandığında; BPH'lı hastaların hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası dönemde çok düşük puanlar aldığı görüldü. Demiral ve arkadaşları genel toplumda 18 yaş ve üzerinde olan ve herhangi bir hastalık durumu olduğu belli olmayan bireylerle çalışırken, bu çalışmada yaş ortalaması 69.12 \pm 8.84 olan ve %52.9'u BPH'ın yanı sıra farklı kronik hastalıklara sahip olan hastalarla çalışıldı. Her iki çalışmanın örneklem özelliklerindeki farklılıklar, BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde aldıkları puanların çok düşük olmasını açıklamakla birlikte, BPH'lı hastaların yaşam kalitesindeki düşüklük dikkati çekmektedir.

Tablo 2. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre sayı, yüzde değerleri ile ameliyat öncesi ve sonrası sf 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=70)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%	SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ameliyat öncesi							
			Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık algısı	Yaşamsallık	Sosyal fonksiyon	Mental rol	Mental sağlık
Yaş (Ortalama ± *SS): 69.12 ± 8.84			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş										
50 – 64	25	35.7	26.16 ± 4.08	5.12 ± 1.83	6.64 ± 3.39	17.97± 3.67	18.08 ± 4.00	5.80 ± 2.58	3.88 ± 1.36	23.24± 4.26
65 – 79	34	48.6	22.76 ± 5.77	5.05 ± 1.72	4.83 ± 2.58	17.80± 4.46	17.61 ± 4.41	4.82 ± 2.24	4.11 ± 1.45	23.23± 3.85
80 ve üzeri	11	15.7	20.63 ± 6.39	5.36 ± 1.91	5.35 ± 2.32	17.50± 3.22	16.09 ± 4.82	5.72 ± 3.06	4.09 ± 1.37	21.81± 3.28
Test p değeri			KW_x²=9.057 p: 0.011*	KW _x ² =0.180 p: 0.914	KW _x ² =4.435 p: 0.109	KW _x ² =0.135 p: 0.935	KW _x ² =1.772 p: 0.412	KW _x ² =2.372 p:0.305	KW _x ² = 0.398 p: 0.820	KW _x ² =1.446 p: 0.485
Eğitim Durumu										
Okuryazar değil	12	17.1	21.66 ± 7.94	5.00 ± 1.80	4.93 ± 3.19	17.86± 4.08	17.75 ± 4.76	4.83 ± 2.44	3.50 ± 1.16	23.16± 4.64
Okuryazar	13	18.7	21.84 ± 5.33	4.92 ± 1.75	4.83 ± 2.44	15.83± 3.71	16.76 ± 4.10	5.61 ± 2.81	4.15 ± 1.51	22.92± 2.98
İlk ve orta öğretim	33	47.1	24.03 ± 4.87	5.00 ± 1.69	5.26 ± 2.79	18.20± 4.29	17.63 ± 4.50	4.93 ± 2.39	3.93 ± 1.34	22.78± 4.20
Lise ve üzeri	12	17.1	26.50 ± 4.33	5.83 ± 1.99	7.82 ± 2.83	18.86± 2.68	17.91 ± 4.05	6.50 ± 2.46	4.66 ± 1.49	23.58± 3.52
Test p değeri			KW _x ² =6.221 p: 0.101	KW _x ² =2.580 p: 0.461	KW _x ² =0.323 p: 0.851	KW _x ² =3.644 p: 0.162	KW _x ² =0.692 p:0.875	KW _x ² =3.867 p: 0.276	KW _x ² =4.319 p: 0.229	KW _x ² =0.221 p: 0.974
Meslek										
Emekli	28	40.0	24.82 ± 4.65	5.67 ± 1.90	7.19 ± 2.69	18.71± 4.19	17.67 ± 4.87	6.25 ± 2.36	4.53 ± 1.47	22.67± 3.98
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	42	60.0	22.85 ± 6.13	4.76 ± 1.58	4.47 ± 2.61	17.22± 3.74	17.45 ± 3.98	4.69 ± 2.44	3.69 ± 1.23	23.23± 3.88
Test p değeri			MWU=481 p: 0.196	MWU=439 p: 0.026*	MWU=266 p: 0.000***	MWU:456 p: 0.114	MWU:552 p: 0.660	MWU:371 p: 0.009**	MWU:421 p: 0.018*	MWU:543 p: 0.584
Yaşadığı yer										
İl	37	52.9	23.32 ± 6.08	5.40 ± 1.87	6.72 ± 2.89	18.23± 4.36	17.24 ± 4.46	5.86 ± 2.68	4.21 ± 1.45	22.89± 4.16
İlçe	12	17.1	26.50 ± 2.90	5.25 ± 1.86	4.60 ± 3.30	19.03± 2.73	20.41 ± 2.27	4.91 ± 1.97	3.91 ± 1.37	24.08± 3.91
Köy/kasaba	21	30.0	22.57 ± 5.67	4.57 ± 1.43	4.06 ± 1.86	16.39± 3.54	16.42 ± 4.42	4.57 ± 2.33	3.76 ± 1.30	22.61± 3.47
Test p değeri			KW _x ² =3.419 p: 0.181	KW _x ² =3.277 p: 0.194	KW_x²=12.291 p: 0.002**	KW _x ² =4.670 p: 0.097	KW _x ² =5.913 p: 0.052	KW _x ² =3.527 p: 0.171	KW _x ² =1.440 p: 0.487	KW _x ² =1.300 p: 0.522
Geçmiş Ameliyat Deneyimi										
Var	43	61.4	22.88 ± 5.23	4.90 ± 1.61	5.63 ± 3.02	17.66± 4.00	17.09 ± 4.51	5.34 ± 2.42	4.04 ± 1.37	22.76± 3.68
Yok	27	38.6	24.85 ± 6.14	5.48 ± 1.96	5.45 ± 2.87	18.07± 3.98	18.25 ± 3.99	5.25 ± 2.69	4.00 ± 1.44	23.40± 4.78
Test p değeri			t= 1.432 p= 0.157	t= 1.330 p= 0.188	t= 0.235 p= 0.815	t= 0.422 p= 0.675	t= 1.099 p= 0.276	t= 0.144 p= 0.886	t= 0.135 p= 0.893	t= 0.664 p= 0.509

Tablo 2. (Devamı)

Tanıtıcı özellikler	SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ameliyat sonrası							
	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık algısı	Yaşamsallık	Sosyal fonksiyon	Mental rol	Mental sağlık
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş								
50 – 64	26.20 ± 3.70	6.76 ± 1.50	9.45 ± 2.30	18.01± 3.14	19.12 ± 2.80	8.16 ± 2.09	5.20 ± 1.19	24.16± 3.44
65 – 79	23.82 ± 5.95	6.97 ± 1.64	8.39 ± 2.45	17.64± 4.75	17.64 ± 4.83	7.11 ± 2.51	5.11 ± 1.29	23.82± 4.58
80 ve üzeri	19.90 ± 6.83	6.18 ± 1.88	7.03 ± 3.38	16.83± 3.53	14.45 ± 3.77	6.90 ± 2.07	4.81 ± 1.40	22.36± 3.23
Test p değeri	KW_x²=7.543 p: 0.023*	KW _x ² =2.205 p: 0.332	KW _x ² =4.857 p: 0.088	KW _x ² =0.750 p: 0.687	KW_x²=9.707 p: 0.008**	KW _x ² =4.405 p: 0.111	KW _x ² =0.403 p: 0.818	KW _x ² =3.223 p: 0.200
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	21.00 ± 8.07	5.91 ± 1.72	7.41 ± 2.85	17.20± 3.81	17.83 ± 5.30	6.41 ± 2.19	4.33 ± 1.37	23.58± 4.39
Okuryazar	25.07 ± 4.03	7.38 ± 1.50	8.73 ± 2.73	16.69± 3.09	17.46 ± 3.12	8.07 ± 1.70	5.53 ± 1.12	24.30± 3.44
İlk ve orta öğretim	24.60 ± 5.19	6.72 ± 1.62	8.65 ± 2.59	17.87± 4.47	17.42 ± 4.69	7.36 ± 2.51	5.12 ± 1.24	23.21± 4.39
Lise ve üzeri	24.50 ± 5.69	7.08 ± 1.50	9.25 ± 2.52	18.51± 4.02	18.41 ± 3.39	8.08 ± 2.42	5.33 ± 1.15	24.58± 3.17
Test p değeri	KW _x ² =1.168 p: 0.761	KW _x ² =6.256 p: 0.100	KW _x ² =1.795 p: 0.408	KW _x ² =1.612 p: 0.447	KW _x ² =1.113 p:0.774	KW _x ² =4.784 p: 0.188	KW _x ² =6.716 p: 0.082	KW _x ² =1.056 p: 0.788
Meslek								
Emekli	24.46 ± 5.85	6.67 ± 1.63	9.02 ± 2.35	17.50± 5.06	17.35 ± 5.16	7.35 ± 2.54	5.00 ± 1.24	23.42± 4.73
Diğer (işçi, memur, serbest meslek)	23.78 ± 5.71	6.83 ± 1.65	8.24 ± 2.82	17.74± 3.21	17.88 ± 3.64	7.52 ± 2.22	5.16 ± 1.28	23.90± 3.49
Test ve p değeri	MWU=518 p: 0.396	MWU=540 p: 0.520	MWU=513 p: 0.360	MWU:585 p: 0.976	MWU:587 p: 0.990	MWU:584 p: 0.956	MWU:532 p: 0.436	MWU:576 p: 0.880
Yaşadığı yer								
İl	23.70 ± 6.11	6.62 ± 1.62	8.52 ± 2.71	18.05± 4.54	17.78 ± 4.57	7.16 ± 2.50	4.89 ± 1.30	23.29± 4.51
İlçe	25.83 ± 3.83	6.66 ± 1.77	8.57 ± 2.73	18.13± 3.96	19.41 ± 3.17	8.08 ± 2.19	5.25 ± 1.21	24.83± 3.66
Köy/kasaba	23.66 ± 5.98	7.09 ± 1.60	8.60 ± 2.64	16.65± 2.93	16.47 ± 4.11	7.61 ± 2.13	5.38 ± 1.20	23.80± 3.20
Test p değeri	KW _x ² =1.056 p: 0.590	KW _x ² =1.861 p: 0.394	KW _x ² =0.098 p: 0.952	KW _x ² =3.077 p: 0.215	KW _x ² =3.745 p: 0.154	KW _x ² =1.404 p: 0.496	KW _x ² =2.877 p: 0.237	KW _x ² =0.771 p: 0.680
Geçmiş Ameliyat Deneyimi								
Var	22.88 ± 5.23	4.90 ± 1.61	5.63 ± 3.02	17.66± 4.00	17.09 ± 4.51	5.34 ± 2.42	4.04 ± 1.37	22.76± 3.68
Yok	24.85 ± 6.14	5.48 ± 1.96	5.45 ± 2.87	18.07± 3.98	18.25 ± 3.99	5.25 ± 2.69	4.00 ± 1.44	23.40± 4.78
Test p değeri	t= 1.432 p= 0.157	t= 1.330 p= 0.188	t= 0.235 p= 0.815	t= 0.422 p= 0.675	t= 1.099 p= 0.276	t= 0.144 p= 0.886	t= 0.135 p= 0.893	t= 0.664 p= 0.509

*p<0.05 **p<0.01 *SS: Standart sapma KW_x²: Kruskal Wallis Testi MWU: Mann Whitney U Testi

Namiki ve arkadaşları, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak prostatektomi uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 3. ayda sadece genel sağlık algısı ve mental sağlık alt boyutlarında yükselme olduğunu belirlemişlerdir. Genel sağlık algısı alt boyutunda görülen yükselme istatistiksel olarak önemli bulunmazken, mental sağlık alt boyutunda görülen yükselme önemli bulunmuştur (Namiki vd., 2004). Namiki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçları mental sağlık alt boyutu hariç bu çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir.

Büker ve arkadaşları, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak TUR-P uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 3. ayda tüm alt boyutlarda yükselme olduğunu belirlemişlerdir. SF 36 yaşam kalitesi alt boyutlarında görülen yükselmeler önemli bulunmuştur (Büker vd., 2014). Büker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçları genel sağlık alt boyutu hariç bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, yaşam kalitesi ameliyat sonrası daha geç dönemlerde değerlendirilmiş olmakla birlikte Namiki'nin (2004) sonuçları bu çalışma sonuçları ile farklılık gösterirken; paralellik gösteren çalışmalar da (Büker vd., 2014; Cheng vd., 2008; Erkoç, 2016) mevcuttur.

BPH yaşam kalitesi ölçeğinden alınabilecek toplam puan 0 ile 60 arasında değişmekte ve toplam puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu çalışmada hastaların BPH yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ameliyat sonrası dönemde ameliyat öncesine göre belirgin derecede düştüğü ve bu durumun istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlendi (Tablo 1).

Güler'in (2020) yaptığı çalışmada BPH semptomlarına BPH-YK ölçeği ile baktığı çalışmada, BPH'in yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Literatürde BPH hastalarında farklı yaşam kalitesi ölçekleri ile yürütülen çalışmalarda da hastaların ameliyat öncesinde olumsuz etkilenen yaşam kalitelerinin ameliyat sonrasında önemli ölçüde olumlu yönde arttığı belirtilmiştir (Gacci, 2003; Milicevic, 2011; Milicevic vd., 2011). Bu çalışma sonuçları Güler'in yaptığı çalışma ve literatürdeki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Yoshimura ve arkadaşları BPH'in yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, noktürinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir (Yoshimura vd., 2002). Bu çalışmada noktürinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi değerlendirilmemiş olmakla birlikte, yaşam kalitesinde ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde görülen olumlu ilerlemenin noktürideki gerilemeden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu gerileme ile birlikte gece daha rahat uyuyan hastaların, kendilerini dinlenmiş hissederek güne başlamaları, istatistiksel olarak önemli olmasa da özellikle

yaşamsallık ve fiziksel fonksiyon alt boyutlarından alınan puanları yükselterek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki sorunlarının azalması fiziksel rol, ağrı sorunlarının azalması ağrı, sosyal aktivitelerinin normal olarak devam etmeye başlaması sosyal fonksiyon, duygusal yönden giderilen sıkıntılar mental rol, kendini sakin ve huzurlu hissetmesi ise mental işlev alt boyut puan ortalamalarında artış olmasını sağlamış olabilir.

Sonuç olarak BPH'lı hastalara uygulanan cerrahi girişimlerin AÜSS'yi azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

Hastaların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşın artması ile birlikte fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alt boyutlarında yaşam kalitesinin düştüğü görüldü. Yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasının düşmesi istatistiksel olarak önemli bulundu (p:0.011).

Barış'ın (2022) BPH cerrahisi geçiren hastalarda yaşam kalitesine baktığı çalışmada; ameliyat öncesi yaş arttıkça fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol alt boyutlarındaki düşme anlamlı bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları Barış'ın yaptığı çalışma ve literatürdeki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Kupelian vd., 2006; Derret vd., 1999; Suzuki vd., 2006).

Hastaların yaş gruplarına göre ameliyat sonrası SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 50-64 yaş grubundaki hastaların fiziksel rol alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan en yüksek puanı aldığı belirlendi. Bu yaş grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon (p: 0.023) ve yaşamsallık (p: 0.008) alt boyutlarından daha yüksek puan alması istatistiksel olarak önemli bulundu. 80 ve üzeri yaş grubundaki hastaların, ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının yarısından, ameliyat sonrası dönemde ise tamamından daha düşük puan aldıkları bulundu.

Gündüz'ün (2018) ameliyat sonrası yaşam kalitesine baktığı çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

Sağlıklı ve hasta bireylerin herhangi bir cerrahi sonrası günlük rutinine yeniden dönmesi, cerrahinin büyüklüğüne ve sonucuna bağlı olarak yeni koşullara uyum sağlaması farklı zaman aralıklarında gerçekleşse de bu durum artan yaş ile birlikte bu zaman aralığını beklenenden daha geniş tutmaya sebep olabilir. BPH hastalarında ilerleyen yaş ile birlikte artan BPH semptomlarının hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği, cerrahi kabul edenlerin ise sonrasında artan yaşın sebep olduğu bedensel yeti kayıplarından kaynaklanan durumlar nedeniyle günlük rutinlerine dönmesini geciktirmekle beraber yeni şartlara uyum sağlamasını zorlaştırdığı

düşünülmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel aktiviteleri yerine getirmede yaşanan güçlükler, bedensel ve ruhsal yetersizlikler, yorgunluk, bitkinlik ile birlikte başkalarına bağımlı olma gibi nedenler yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu söylenebilir.

Hastaların eğitim durumlarına göre, ameliyat öncesi dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim durumu lise ve üzeri olanların tüm alt boyutlarda en yüksek puanı aldığı ancak bu puan farkının istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptandı.

Çamllı ve arkadaşlarının en az üç ay önce prostat cerrahisi geçiren hastalarda SF 36 yaşam kalitesine baktıkları çalışmada eğitim durumu lise ve üzeri olanların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında en yüksek puanı aldığı görülmüştür (Çamllı vd., 2021).

Eğitim düzeyi yüksek olanların hastalıkları hakkında daha fazla araştırma yaparak; semptomlara yönelik hayat koşullarını düzenleyebildikleri için yaşam kalitelerinden daha yüksek puan aldıkları düşünüldü.

Emekli olan hastaların, ameliyat öncesi dönemde mental sağlık alt boyutu hariç tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının çalışan hastalardan daha yüksek olduğu; fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol alt boyut puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak önemli görüldü.

Barış'ın BPH cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesine baktığı çalışmada ameliyat sonrasında çalışmayan grupta ağrı alt boyutunda görülen yükseklik anlamlı bulunmuştur (Barış, 2022).

Emekli olup kendi bakım gücüne sahip bireylerin fiziksel fonksiyon, aile ve arkadaşlarıyla zaman geçirenlerin sosyal fonksiyon, sağlık problemlerinde çözüm üretmeye yönelik girişimlerinden ağrı, yaşadığı çevreye uyum gösterenlerin ise mental rol alt boyutlarında diğer hastalara göre daha yüksek puan aldıkları düşünüldü.

Hastaların yaşadıkları yere göre ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ilde yaşayan hastaların fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental rol puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ağrı (p: 0.002) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu. Bu çalışma sonuçları Barış'ın (2022) yaptığı çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada ilde yaşayan hastaların ağrı alt boyutundan istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek puan almasının, herhangi bir rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşma imkânından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Hastaların geçmiş ameliyat deneyimi olması ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, daha önce ameliyat olan ve

olmayan hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmedi. Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, daha önce ameliyat olmayan hastaların mental sağlık alt boyutu hariç diğer alt boyutların tümünde daha yüksek puan aldıkları ancak sadece fiziksel rol alt boyut puanında görülen farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü. Bu çalışma sonuçları Barış'ın (2022) çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışma sonuçları, daha önce ameliyat olmayan hastaların ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha az sorun yaşadıklarını ve bu durumun fiziksel rol puanını önemli düzeyde etkilediğini düşündürmektedir. Daha önce sağlık sorunları nedeniyle ameliyat olan hastaların ise tekrarlayan bu ameliyat ile uyum sürecinde zorluk yaşamış olabileceği ve bu nedenle mental rol alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda daha düşük puan aldığı düşünülmektedir.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bazı tanıtıcı özelliklerine göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları farklılık gösterirken, BPH yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamaları farklılık göstermedi (p>0.05). Literatür incelendiğinde Güler'in (2020) BPH'a özel BPH-YK ölçeği BPH semptomlarına baktığı çalışmada, BPH'ın hastaların artan yaşla ortaya çıkan semptomlarının cinsel, psikolojik ve sosyal durumlarını bozarak hastaların yaşam kalitelerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. BPH ile ilgili başka tanıtıcı özelliklere göre bir kıyaslama sonucuna rastlanmamıştır.

O'Sullivan ve arkadaşlarının BPH'lı hastalarda International Prostate Symptom Score (Uluslararası Prostat Semptom Skoru=IPSS) ve SF 36 ölçekleri ile yaşam kalitesine baktıkları çalışmada, ameliyat sonrası 3. ayda yaşam kalitelerinin belirgin seviyede ve olumlu yönde düzeldiği görülmüştür (O'sullivan vd., 2004).

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları örneklemin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olması ve sonuçların sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilmesidir.

6. Sonuç ve Öneriler

Hastaların ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası dönemde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanların yükseldiği ve yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Hastaların BPH yaşam kalitesi ölçeğine göre ameliyat öncesi 33.97±9.18 olan yaşam kalitesi puanının ameliyat sonrasında 16.25±14.30 olduğu ve yaşam kalitesinin önemli oranda yükseldiği belirlendi.

Hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğine göre ameliyat öncesi artan yaşla birlikte fiziksel fonksiyon alt boyutundaki düşüklüğün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülürken, emekliliğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve ilde yaşayan bireylerin ağrılarıyla daha kolay baş ettikleri için yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde ise yapılan cerrahi girişimin daha ileri yaştaki hastalarda fiziksel fonksiyon alt boyutundaki düşüklüğü engelleyemediği aynı zamanda yaşamsallık alt boyutunda da düşüklüğe sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptandı. Daha önce ameliyat olmayan hastaların ameliyat sonrası dönemde fiziksel rol alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

BPH'lı hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması, verilecek bakımın kalitesini yükseltecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, özellikle fiziksel fonksiyon alanında yetersizlik gösteren 80 ve üzeri yaş grubundaki hastalara, bu doğrultuda bireyselleştirilmiş bakımın planlanması ve uygulanması,

Ameliyat öncesi dönemde çalışan hastaların yaşam kalitelerinin emekli olan hastalardan daha düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu hastalara yeterli desteğin sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi,

Köy ve kasabada yaşayan hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrı alt boyutunda yaşam kalitelerinin düşük olduğunu gösteren araştırma sonuçları dikkate alındığında, bu hastalara gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazarlık Katkısı: Melek Kaya ve Meral Özkan: Araştırma dizaynı, veri toplama, veri analizi, makale yazımı.

Teşekkür: Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürlerini sunar.

Kaynaklar

Barış, N. (2022). Transüretal prostat rezeksiyonu uygulanan hastada yaşam kalitesi, aile desteği algısı ve aralarındaki ilişkisinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Büker, N., Koç, S., Tuncay, Ö.L., Şavkın, R., Zümrütbaş, A.E., (2014), Transüretal prostat rezeksiyonu sonrasında erken dönem yaşam

kalitesindeki değişiklikler. *J Kartal Tr*, 25(3), 220-224. doi: 10.5505/jkartaltr.2014.45722

Coffey, D.S., & Walsh, P.C. (1990). Clinical and experimental studies of benign prostatic hyperplasia. *Urol Clin North Am.*, 17(3), 461-475. [https://doi.org/10.1016/S0094-0143\(21\)00960-5](https://doi.org/10.1016/S0094-0143(21)00960-5)

Cheng, N.Z., Tang, Z.Y., Liu, Y., Liu, X.S., Qi, L., (2008). Effect of transurethral resection of prostate on quality of life in aged patients with benign prostatic hyperplasia. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 33(10), 975-978.

Çam, K. (2005). Benign prostat hiperplazisi ve yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 2, 25-27.

Çam, K. (2009). Benign prostat hiperplazisinde yaşam kalitesi neden önemlidir ve nasıl ölçülür?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4, 21-24.

Çamlı, D.Ç., Yılmaz, E., Müezzinoğlu, T., Kara, H., Aslan, B.A., Mutlu, S., Kızıl, T.H., & Erbatu, O., (2021). Prostat cerrahisi geçiren hastalarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 133-139. <https://doi.org/10.54189/hbd.983483>

De La Rosette, J., Alivizatos, G., Madersbacher, S., Rioja Sanz, C., Nordling, J., Emberton, M., Gravas, S., Michel, M.C., & Oelke, M. (2006). *Guidelines On Benign Prostatic Hyperplasia*. European Association of Urology.

Dirim, A., & Özkardeş, H. (2009). Benign prostat hiperplazisine güncel tıbbi yaklaşımda fitoterapinin rolü var mı?. *Üroonkoloji Bülteni*, 4,29-33.

Djavan, B. (2003). Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: fast control of the patient's quality of life. *Urology*, 62, 6-14. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(03\)00589-2](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(03)00589-2)

Demiral, Y., Ergör, G., Ünal, B., Şemin, S., Akvardar, Y., Kivırcık, B., & Alptekin, K. (Nisan 2004). SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplum örneğinde güvenilirliği [Poster]. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir*.

Derrett, S., Paul, C., & Morris, J.M. (1999). Waiting for elective surgery: effects on healthy-related quality of life. *Int J Qual Health Care*, 11(1), 47-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.1.47>

Erkoç, M. (2016). Benign prostat hiperplazisi nedeniyle cerrahi tedavi yapılan hastalarda yaşamsal kalite ve cinsel fonksiyon değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Gacci, M., Bartoletti, R., Figlioli, S., Sarti, E., Eisner, B., Boddı, V., & Rizzo, M. (2003). Urinary symptoms, quality of life and sexual function in patients with benign prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: a prospective study. *BJU International*,

91, 196-200. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2003.04072.x>

Görür, S., & Baydınç, Y. C. (2010). Benign prostat hiperplazisinde fitoterapi. *Türk Urol Sem.*, 1, 9-13.

Güler, E. (2020). 50 yaş üstü erkeklerde saptanan benign prostat hipertrofi semptomları ve yaşam kalitesine etkisi [Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Gündüz, A. (2018). Prostat tümörlü hastalarda ameliyat sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Koca, O., Keleş, M.O., Güneş, M., Öztürk, M., Akyüz, M., & Karaman, M.İ. (2012). Benign prostat hiperplazisi bulunan hastalarda noktürinin desmopressin ile tedavisi. *Turkish Journal of Urology*, 38(1), 29-31.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.

Kupelian, V., Wei, J.T., O'Leary, M.P., Kusek, J.W., Litman, H.J., Link, C.L., & McKinlay, J.B. for the BACH Survey Investigators. (2006). Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample the boston area community health (bach) survey. *Arch Intern Med.*, 166, 2381-2387. doi:10.1001/archinte.166.21.2381

Lekili, M., & Müezzinoğlu, T. (2005). Benign prostat hiperplazisi: epidemiyoloji ve doğal seyir. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Üroloji Dergisi*, 1(1), 15-23.

Milicevic, S. (2011). The impact of benign prostatic hyperplasia surgical treatment with turp method on the quality of life. *Aim* 2011, 19(3), 142-145. <https://doi.org/10.5455/aim.2011.19.142-145>

Milicevic, S., Grubor, P., & Lucic, N. (2011). The evaluation of impact of bph surgical treatment with the open prostatectomy and transurethral resection of the prostate methods on the quality of life. *Med Arh*, 65(5), 274-277. <https://doi.org/10.5455/medarh.2011.65.274-277>

McNeal, J.E. (1978). Origin and evolution of benign prostatic enlargement. *Invest Urol.*, 15(4), 340-345.

McVary, K. T., Roehrborn, C. G., Avins, A. L., Barry, M. J., Bruskewitz, R.C., Donnell, R.F., Foster, H.E., Gonzalez, C.M., Kaplan, S.A., Penson, D.F., Ulchaker, J.C., & Wei, J.T. (2010). *American urological association guideline: management of benign prostatic hyperplasia (BPH)*. American Urological Association Education and Research, Inc.

Namiki, S., Tochigi, T., Kuwahara, M., Ioritani, N., Yoshimura, K., Terai, A., Nakagawa, H., Ishidoya, S., Satoh, M., Ito, A., Saito, S., Koinuma, N., & Arai Y. (2004). Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in japanese men: A longitudinal study. *International Journal Of Urology*, 11, 742-749. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2004.00881.x>

O'sullivan, M., Murphy, C., Iohom, G., Kiely, E.A., & Shorten, G. (2004). Effects Of Transurethral Resection Of Prostate On The Quality Of Life Of Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *J Am Coll Surg*, 198(3), 394-403. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.10.016>

Platz, E.A., Smit, E., Curhan, G.C., Nyberg, L.M., & Giovannucci, E. (2002). Prevalence of and racial/ethnic variation in lower urinary tract symptoms and noncancer prostate surgery in us men. *Urology*, 59, 877-883. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(01\)01673-9](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(01)01673-9)

Schwinn, D.A., & Roehrborn, C.G. (2008). A1-adrenoceptor subtypes and lower urinary tract symptoms. *International Journal of Urology*, 15(3), 193-199. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1442-2042.2007.01956.x>

Suzuki, H., Yano, M., Awa, Y., Nakatsu, H., Egoshi, K., Mikami, K., Ota, S., Okano, T., Hamano, S., Ohki, T., Furuya, Y., & Ichikawa, T. (2006). Clinical impact of tamsulosin on generic and symptom-specific quality of life for benign prostatic hyperplasia patients: using international prostate symptom score and random medical outcomes study 36-item health survey. *International Journal of Urology*, 13, 1202-1206. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2006.01594.x>

Tarcan, T., & Yazıcı, C. (2006). BPH tanı ve tedavisinde EAU ve AUA kılavuzlarının karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi*, 32 (1), 110-117.

Trueman, P., Hood, S.C., Nayak, U.S.L., & Mrazek, M.F. (1999). Prevalence of lower urinary tract symptoms and self-reported diagnosed "benign prostatic hyperplasia" and their effect on quality of life in a communitybased survey of men in the UK. *BJU Int*, 83, 410-5. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.1999.00966.x>

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The mos 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.

Wei, J.T., Calhoun, E., & Jacobsen, S.J. (2005). Urologic diseases in america project: benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 173, 1256-1261. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000155709.37840.fe>

Wilt, T.J., & N'Dow, J. (2008). Benign prostatic hyperplasia. Part 2-management. *BMJ*. 336, 206-210. <https://doi.org/10.1136/bmj.39433.670718.ad>

Yılmaz Elaltuntaş, E. (2008). Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisi [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Yoshimura, K., Arai, Y., Ichioka, K., Terada, N., Matsuta, K., & Okubo, K. (2002). Symptom-Specific Quality Of Life In Patients With Benign Prostatic Hyperplasia. *International Journal Of Urology*, 9, 485–490. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2042.2002.00503.x>



Perspectives in Palliative & Home Care

Araştırma Makalesi/Original Article

COVID-19 Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yetkinliğinin Belirlenmesi

Determining the Competence of Nurses Working in the COVID-19 Intensive Care Unit

Veysel Tekin^{a*}  Leyla Zengin Aydın^b  Büşra Arslan^c  Barış Yılmaz^d 

^a Hem. Dr. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü,

^b Doç. Dr. Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

^c Hem. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

^d Hem. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ÖZ

Giriş/Amaç: Bu çalışma, COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yetkinliğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan çalışma Türkiye'nin doğusunda bir ilin eğitim ve araştırma hastanesi COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan 147 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması 460.40±57.73 olduğu, alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; bilgi 147.70±20.80, beceri 149.38±22.68, tutum ve değer 163.31±18.27 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasına göre mükemmel yetkinliğe sahip oldukları belirlenmiştir.

Sonuç: COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mükemmel yetkinliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde yetkinliğin artması hasta bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19; yoğun ve kritik bakım; yeterlilik; hemşirelik.

ABSTRACT

Background/Objective: This study was conducted to determine the competence of nurses working in the COVID-19 intensive care unit.

Material and Method: The descriptive and cross-sectional study was conducted with 147 nurses working in the COVID-19 intensive care unit of a training and research hospital a province in eastern Turkey. Data were collected using the Introductory Information Form and the Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale.

Results: In the study, the mean score of the intensive and critical care nursing competence scale of the nurses was 460.40±57.73, and the mean scores of the sub-dimensions were respectively; knowledge 147.70±20.80, skill 149.38±22.68, attitude and value 163.31±18.27. In addition, it was determined that the nurses had excellent competence according to the total score average of the intensive and critical care nursing competence scale.

Conclusions: It has been determined that the nurses working in the COVID-19 intensive care unit have excellent competence. Increasing the competence of nurses can contribute to the increase in the quality of patient care.

Keywords: COVID 19; intensive and critical care; competence; nursing.

1. Giriş

Corona virus hastalığı (COVID-19), bulaşıcı viral bir hastalık olup akut solunum sendromu ile karakterizedir (Lu vd., 2020). Bu hastalık dünyanın demografisi üzerinde ciddi olumsuz bir etki yaratmış birçok ölüme neden olmuştur (Lu vd., 2020; Sohrabi vd., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından COVID-19'u 2009 yılında olan H1N1 pandemisi sonrası küresel sağlık krizine sebep olan önemli bir salgın olduğunu bildirilmiştir (Sohrabi vd., 2020; Carvalho vd., 2020). Küresel bir salgın olarak kabul edilen COVID-19 dünya çapında birçok ülkeyi sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyip sağlık hizmetinde aksamalara neden olmuştur (Sohrabi vd., 2020; Chen vd., 2020; Carvalho vd., 2020). COVID-19 virüsü, hastalarda ateş, öksürük, dispne, göğüs ağrısı, kas ağrısı, baş ağrısı, konfüzyon ve ishal gibi belirtilere neden olmaktadır (Huang vd., 2020). Ayrıca COVID-19 bazı hastalarda ise pulmoner ödem, organ yetmezliği ve hipoksemik solunum yetmezliğine yol açmaktadır (Akyar, 2020). Çoklu organ yetmezliği ve solunum yetmezliği gibi nedenler COVID-19 hastalarının yoğun bakım ünitelerine olan ihtiyacını artırdığı bildirilmiştir (Grasselli vd., 2020; Bulut ve Özyılmaz, 2020). Yoğun bakım ünitelerine olan ihtiyacın artması ile birçok hastanenin üçüncü, ikinci basamak ve ara yoğun bakım üniteleri COVID-19 yoğun bakım üniteleri olarak hizmet sunmuştur.

Yoğun bakım ünitesi, yaşamı tehdit altında olan ve sürekli izlem gerektiren hastaların olduğu bir ünitedir (Büyükbayram vd., 2021). Yoğun bakım ünitesi ileri teknoloji ile donatılmış olup, hastalara özel tedavi ve bakım yöntemlerinin uygulandığı bir ünitedir (Kıraner ve Terzi 2020; Ayoğlu, 2020). Multidisipliner ekip yaklaşımının olduğu yoğun bakım ünitesinde birime özgü eğitim alan profesyonel meslek üyeleri çalışmaktadır. Bu meslek üyeleri içinde hasta ile en çok zaman geçiren, izlem, tedavi ve bakım uygulamalarını yapan hemşirelerdir. Hemşireler bu birimlerde bilimsel gelişmeler çerçevesinde morbidite ve mortaliteyi azaltan, komplikasyonları önleyen ve yaşam verileri olumlu etkileyen kanıta dayalı bakım uygulamaları yapmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin görev ve sorumlulukları yerine getirebilmesi için bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerekmektedir. Hemşirelerin yeterlilik düzeyi yoğun bakım ünitesinde hastaya verilen bakımın kalitesini etkilemektedir. Bu doğrultuda, bu çalışma COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yetkinliğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırma Türü

Araştırma, COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yetkinliğinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklem Yöntemi

Araştırma, Türkiye'nin doğusunda bir ilin eğitim ve araştırma hastanesi COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup COVID-19 yoğun bakım ünitesine dönüştürülen genel ve ara yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasında dayanmaktadır. Araştırma verileri çalışmanın yapıldığı tarihlerde COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan, izinli ve raporlu olmayan 147 hemşire dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği Yeterlilik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu; Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı ve yoğun bakımda çalışma yılı gibi hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bir formdur (Büyükbayram vd., 2021; Kıraner ve Terzi 2020; Ayoğlu, 2020).

Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği Yeterlilik Ölçeği; 2014 yılında Lakanmaa tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise Çalışkan ve Demir Korkmaz tarafından 2021 yılında yapılmıştır (Lakanmaa vd., 2014; Çalışkan ve Demir Korkmaz, 2021). Bu ölçek ile yoğun bakım ve kritik bakım hemşirelerinin yetkinliği değerlendirilmektedir. Ölçek beşli likert tipte olup üç alt boyut (bilgi, beceri, tutum ve değer) ve 108 maddeden oluşmaktadır. Ölçek değerlendirilmesi zayıf yetkinlik (108-216), orta yetkinlik (217-324), iyi yetkinlik (325-432) ve mükemmel yetkinlik (433-540) şeklinde yapılmaktadır. Bu çalışmada Cronbach's alpha kat sayısı 0.98'dir. Çalışmamızda ise Cronbach's alpha kat sayısı 0.92'dir.

Verilerin Toplanması

Veriler toplanmadan önce etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı araştırma hastanesinden izin alınmıştır. Hemşirelere araştırmanın konusu amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Hemşirelere anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Her anket formunun doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırmada Etik Kurallar

Çalışmaya başlamadan önce Türkiye'nin doğusunda bir ilin eğitim ve araştırma hastanesinin Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır.(712) Araştırmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesinden izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Veri analizi

Veriler, istatistiksel analizleri SPSS 21.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilen analizinde demografik veriler için sayı, yüzde, standart sapma, ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis analizleri kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ alınmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %38.8'i 25-29 yaş arasında olduğu, %52.4'ü kadın olduğu, %65.3'ünün bekar olduğu, %83'ünün lisans mezunu olduğu, %91.2'sinin meslekte çalışma süresi 10 yıl ve altı olduğu ve %68'inin yoğun bakımda 5 yıl ve altı süre çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %66.7'sinin yoğun bakımda çalışmayı istediği ve %69.4'ünün yoğun bakım ile ilgili eğitim aldığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=147)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
24 yaş ve ≤	24	16.3
25-29 yaş	57	38.8
30-34 yaş	48	32.7
35 yaş ≥	18	12.2
Cinsiyet		
Kadın	77	52.4
Erkek	70	47.6
Medeni durum		
Evli	51	34.7
Bekar	96	65.3
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	18	12.2

Lisans	122	83.0
Lisans üstü	7	4.4
Meslekte çalışma yılı		
10 yıl ve ≤	134	91.2
10 yıl ≥	13	8.8
Yoğun bakımda çalışma yılı		
5 yıl ve ≤	100	68.0
5 yıl ≥	47	32.0
Yoğun bakımda çalışmayı isteme		
Evet	98	66.7
Hayır	49	33.3
Yoğun bakım eğitimi alma		
Evet	102	69.4
Hayır	45	30.6

Araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması 460.40 ± 57.73 olduğu, alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; bilgi 147.70 ± 20.80 , beceri 149.38 ± 22.68 , tutum ve değer 163.31 ± 18.27 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Ayrıca hemşirelerin yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamasına göre mükemmel yetkinliğe sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği puan dağılımları

	Min-Max.	Ortalama±SS
Yoğun ve Kritik Bakım Hemşireliği Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları		
Bilgi (36 madde)	79.00-180.00	147.70±20.80
Beceri (36 madde)	91.00-180.00	149.38±22.68
Tutum ve Değer (36 madde)	94.00-180.00	163.31±18.27
Toplam (108 madde)	264.00-540.00	460.40±57.73

Araştırmamızda, 30-34 yaş grubu hemşirelerin puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadın hemşirelerin puanı

erkek hemşirelere göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Lisans mezunu hemşirelerin puanının yüksek olduğu ve yeterlilik beceri boyutu ile eğitim düzeyi gruplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yoğun bakım ünitesinde 5 yıldan fazla süre ile çalışan hemşirelerin puanının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir

($p<0.05$). Yoğun bakımda çalışmak isteyen hemşirelerin puanı istemeden çalışanlara göre yüksek olduğu ve yeterlilik beceri boyutu ile yoğun bakımda çalışmayı isteme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yoğun bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerin puanı eğitim almayanlara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre yoğun ve kritik bakım hemşireliği yeterlilik ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Tanıtıcı Özellikler	Bilgi	Beceri	Tutum ve Değer	Toplam
Yaş	24 yaş ve ≤	133.00±23.74	133.04±20.80	154.62±26.15	420.66±71.12
	25-29 yaş	145.63±20.28	146.19±23.27	160.75±16.93	452.57±56.57
	30-34 yaş	156.04±14.35	159.08±13.99	169.45±11.33	484.58±36.14
	35 yaş ≥	151.61±22.32	155.44±22.56	166.66±19.88	473.72±57.92
	Test Değeri**	KW=18.908	KW=19.375	KW=6.928	KW=18.115
		P= 0.000	P= 0.000	P= 0.031	P= 0.000
Cinsiyet	Kadın	152.18±18.42	153.18±19.86	166.00±14.54	471.36±48.84
	Erkek	142.77±22.24	145.21±24.90	160.37±21.36	448.35±64.38
	Test Değeri*	Z = -2.454	Z =-1.941	Z =-1.635	Z =-2.139
		P= 0.014	P= 0.052	P= 0.102	P= 0.032
Medeni durum	Evli	149.50±20.96	152.25±24.30	161.50±16.82	463.27±59.38
	Bekar	146.73±20.76	147.86±21.75	164.28±19.01	458.88±57.10
	Test Değeri*	Z = -1.003	Z = -1.566	Z = -1.715	Z = -0.747
		P= 0.316	P= 0.117	P= 0.086	P= 0.455
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	143.33±19.69	144.11±20.37	158.83±22.86	446.27±58.38
	Lisans	149.35±19.95	151.34±21.96	164.59±16.24	465.29±54.14
	Lisans üstü	130.14±30.56	128.85±31.03	152.57±33.05	411.57±91.99
	Test Değeri**	KW=4.635	KW=5.969	KW=1.220	KW=4.987
		P= 0.099	P= 0.051	P= 0.543	P= 0.083
Meslekte çalışma yılı	10 yıl ve ≤	147.47±20.76	149.20±22.84	163.18±17.87	459.85±57.63
	10 yıl ≥	150.07±21.90	151.30±21.70	164.69±22.82	466.07±60.89
	Test Değeri*	Z = -0.416	Z = -0.096	Z = -0.689	Z = -0.454
		P=0.677	P=0.924	P=0.491	P=0.650
Yoğun bakımda çalışma yılı	5 yıl ve ≤	144.48±21.28	145.75±23.37	161.82±18.86	452.05±59.39
	5 yıl ≥	154.55±18.12	157.12±19.15	166.51±16.68	478.19±50.12
	Test Değeri*	Z =-2.850	Z =-2.868	Z =-1.471	Z =-2.835
		P=0.004	P=0.004	P=0.141	P=0.005

Yoğun bakımda çalışmayı isteme	Evet	149.87±17.23	152.88±19.59	166.20±13.76	468.96±45.73
	Hayır	143.34±26.21	142.38±26.71	157.55±24.12	443.28±73.91
	Test Değeri*	Z= -0.917 P=0.359	Z =-1.939 P=0.053	Z =-1.629 P=0.103	Z =-1.523 P=0.128
Yoğun bakım eğitimi alma	Evet	154.57±16.20	156.28±18.43	167.46±13.77	478.32±43.96
	Hayır	132.11±21.81	133.75±23.81	153.93±23.29	419.80±64.76
	Test Değeri*	Z=-5.773 P=0.000	Z=-5.291 P=0.000	Z=-3.300 P=0.001	Z=-5.331 P=0.000

* Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis test

4. Tartışma

Çalışmamızda hemşirelerin bilgi, beceri, tutum ve değer puan ortalamalarının yüksek olduğu ve mükemmel yetkinlik düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 2). Osman ve ark.'nın (2019) yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin yeterlilikleri ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hemşirelerin çoğunun iyi düzeyde yeterliliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Cruz (2017) hemşireler arasında yaşam kalitesi ve klinik yeterlilik üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmada hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin iyi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yoğun bakım ve kritik bakım ünitelerinde çalışan 30-34 yaş grubu hemşirelerin puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve yaşın yeterlilik değerlendirilmesinde önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Numminen ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2013) hemşirelerin çoğunun 30-49 yaşları arasında olduğu ve yaşın hemşire yeterliliğini olumlu etkilediği bulunmuştur. Faraji ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada yaşın hemşirelerin klinik yeterliliğini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızda kadın hemşirelerin puan ortalamaları erkek hemşirelere göre yüksek olduğu ve cinsiyetin yeterlilik değerlendirilmesinde önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Hastaoğlu ve ark.'nın (2020) sorumlu hemşirelerde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %79.5'inin kadın olduğu, cinsiyetin hasta merkezli bakım yetkinliğini artırdığı saptanmıştır. Lakanmaa ve ark.'nın (2015) yoğun bakım hemşirelerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %84.6'sının kadın olmasına rağmen cinsiyetin yeterliliği etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmamızda lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu, eğitim düzeyinin hemşirelerin yeterlilik beceri boyutunu etkilediği belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin yeterliliği etkilediği saptanmıştır (Lakanmaa vd., 2015; Cruz, 2017). Faraji ve ark.'nın (2019) yoğun bakım hemşireleri arasında yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin klinik yeterliliği etkilemediği saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyinin artması ile birlikte klinik yeterlilikte

artmaktadır. Yoğun bakımda 5 yıldan fazla süre çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu ve çalışma süresinin yeterliliğin bilgi ve beceri boyutunu etkilediği saptanmıştır (Tablo 3). Çalışmamız bulguları ile benzer olarak Salonen ve ark.'nın (2007) yoğun bakım ve acil hemşirelerinde yaptıkları çalışmada mevcut iş deneyiminin uzunluğunun yeterliliği etkilediği belirlenmiştir. Mirlashari ve ark.'nın (2016) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalışma yılının klinik yeterliliği etkilemediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışmak isteyen hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu ve isteyerek çalışma durumunun yeterliliğin beceri boyutunu etkilediği belirlenmiştir (Tablo 3). Bakır ve Demir (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalıştığı birimde isteği ile çalışma durumunun bütüncül hemşirelik yeterliliğini etkilediği belirlenmiştir. Yoğun bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu ve eğitim alma durumunun yeterliliğin bilgi, beceri ve tutum ve değer boyutlarını etkilediği belirlenmiştir (Tablo 3). Lakanmaa ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada hemşirelerin yoğun bakım ile ilgili eğitim alma durumunun yeterliliği olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Mirlashari ve ark.'nın (2016) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin yoğun bakım ile ilgili eğitim alma durumlarının klinik yeterliliği etkilemediği belirlenmiştir.

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece Türkiye'nin doğusunda bir ilin eğitim ve araştırma hastanesi COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireleri kapsamı, gönüllülük ilkesine dayanması ve çalışmada öz bildirim dayalı bir ölçeğin kullanılması sebebiyle genellenemez.

6. Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışan hemşirelerinin mükemmel yetkinlikte olduğu, hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yoğun bakımda çalışma yılı, isteği ile çalışma ve eğitim almanın yeterlilik

düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin yeterlilik düzeyi hasta bakım kalitesini etkilediği için yeterlilik düzeyinin yükseltilmesi hedeflenebilir. Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yazarlık Katkısı

Fikir/kavram; VT, LZA, BA, BY

Tasarım; VT, LZA, BA, BY

Veri toplama/Veri İşleme; BA, BY

Analiz ve Yorum; LZA, VT

Kaynak tarama; VT, LZA, BA, BY

Makalenin Yazımı; VT, LZA, BA, BY

Eleştirel kontrol; VT, LZA, BA, BY

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür etmektedir.

Kaynaklar

Akyar, İ. (2020). COVID-19 Hastalarında Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 8-14. doi: 10.31125/hunhemsire.775677

Ayoğlu, H. (2020). Covid-19 hastalarında yoğun bakım yaklaşımı. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(2), 183-193. doi:10.25048/tudod.767999

Bakır, N., & Demir, C. (2020). Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 109-117.

Bulut, Y., & Özyılmaz, E. (2020). COVID-19 hastasının yoğun bakım yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(Özel Sayı), 54-59. doi:10.17827/aktd.841193

Büyükbayram, Z., Aydın, L. Z., & Eşref, A. R. A. Ç. (2021). The Effect of Aromatherapy Application on the Vital Signs of Intensive Care Patients. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 2(3), 167-174. doi:10.53811/ijtcmr.1018591

Carvalho, T. A., Lima, T. M., Melani, V. F., Mendes, M. F., Pereira, L. R., & Marson, F. A. L. (2020). The scientific production during 2009 swine flu pandemic and 2019/2020 COVID-19 pandemic. *Pulmonology*, 26(6), 340. doi:10.1016/j.pulmoe.2020.07.009

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus

pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 395(10223), 507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7

Cruz, J. P. (2017). Quality of life and its influence on clinical competence among nurses: a self-reported study. *Journal of clinical nursing*, 26(3-4), 388-399. doi: 10.1111/jocn.13402

Çalışkan, İ., & Demir Korkmaz, F. (2021). Psychometric Properties of Turkish Version of Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2). doi: 10.5336/nurses.2020-75683

Faraji, A., Karimi, M., Azizi, S. M., Janatolmakan, M., & Khatony, A. (2019). Evaluation of clinical competence and its related factors among ICU nurses in Kermanshah-Iran: A cross-sectional study. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 421-425. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.09.007

Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., ... & Zoia, E. (2020). Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *Jama*, 323(16), 1574-1581. doi: 10.1001/jama.2020.5394

Hastaoğlu, F., Bulut, Y., & Mollaoğlu, M. (2023). Sorumlu Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliklerinin Belirlenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(2), 96-102. doi: 10.57224/jhpr.1219030

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Kıraner, E., & Terzi, B. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(EK-1), 83-88.

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2014). Graduating nursing students' basic competence in intensive and critical care nursing. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 645-653. doi: 10.1111/jocn.12244645

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. *BioMed research international*, 2015. doi: 10.1155/2015/536724

Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. W. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of medical virology*, 92(4), 401. doi: 10.1002/jmv.25678

Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of

practising nurses. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1411-1423.

Osman, M., Ibrahim, M., & Diab, G. (2019). Relationship between nurses' competencies and quality of patient care at intensive care units. *Menoufia Nursing Journal*, 4(2), 1-14. doi: 10.21608/MENJ.2019.118373

Salonen, A. H., Kaunonen, M., Meretoja, R., & TARKKA, M. T. (2007). Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of nursing management*, 15(8), 792-800. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00768.x




Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., ... & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International journal of surgery*, 76, 71-76. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034

Mirlashari, J., Qommi, R., Nariman, S., Bahrani, N., & Begjani, J. (2016). Clinical competence and its related factors of nurses in neonatal intensive care units. *Journal of caring sciences*, 5(4), 317. doi: 10.15171/jcs.2016.03



Böbrek Nakil Hastalarında Öz Yönetim ve İmmünespresif İlaç Uyumunun Belirlenmesi

Determination of Self-Management and Immunosuppressive Drug Adaptation in Kidney Transplant Patients

Şule Karslı^a  Hatice Serap Koçak^{b*}  Betül Aktaş^c 

^a Hem. Gaziantep Üniversitesi, Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Organ Nakil Servisi, Gaziantep, Türkiye

^b Dr. Öğr. Üyesi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, Türkiye

^c Doç. Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye

ÖZ

Giriş/Amaç: Böbrek nakli son dönem böbrek yetmezliğinde hayat kurtaran prosedürlere dendir. Nakil sonrası hastanın öz yönetim ve ilaç uyumu önemlidir. Bu çalışma böbrek nakli olan hastaların öz yönetim ve immünespresif ilaç uyumunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini 2009 yılından 2021 yılları arasında böbrek nakli olmuş 134 hasta oluşturmuştur. Veriler; tanıtıcı özellikler formu, böbrek nakli alıcılarında öz yönetim ölçeği ve organ nakli hastalarında immünespresif tedaviye uyum ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Böbrek nakil hastalarının öz yönetim ölçeğinin alt boyutlarından normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme puanı 3.06 ± 0.52 , günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme puanı 3.04 ± 0.45 , kendi kendine izleme puanı 2.48 ± 0.88 olarak hesaplanmıştır. Böbrek nakil hastalarında öz yönetim ölçeği toplam puan ortalaması 39.66 ± 5.43 , immünespresif tedaviye uyum ölçeği puan ortalaması 11.43 ± 0.86 'dır. Hastaların öz yönetim ölçeği puan ortalaması ile donör türü ve eğitim durumu arasında, immünespresif tedaviye uyum ölçeği puan ortalaması ile de donör türü arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Öz yönetim puanının canlıdan nakil olanlarda ve eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı, immünespresif tedavi puanının ise canlıdan nakil olanlarda daha yüksek olduğu belirlendi. İmmünespresif tedaviye uyumu artırmak ve öz yönetimi sağlayabilmek için periyodik olarak eğitimler yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Böbrek nakli; öz yönetim; immünespresif tedavi; uyum.

ABSTRACT

Background/Objective: Kidney transplantation is one of the life-saving procedures in end-stage renal disease. Self-management and drug compliance of the patient after transplantation is important. This study was conducted to examine self-management and immunosuppressive drug compliance in kidney transplant patients.

Material and Method: The sample of the descriptive and cross-sectional study consisted of 134 patients who had a kidney transplant between 2009 and 2021. Data; the descriptive characteristics form was collected with the self-management scale in kidney transplant recipients and the scale of adherence to immunosuppressive therapy in organ transplant patients.

Results: One of the sub-dimensions of the self-management scale of kidney transplant patients, the score of recognizing and coping with abnormal situations in the early period was 3.06 ± 0.52 , the score of self-care behaviors and coping with stress in daily life was 3.04 ± 0.45 , and the self-monitoring score was 2.48 ± 0.88 . The mean score of the self-management scale total score in kidney transplant patients was 39.66 ± 5.43 , the mean score of the scale of adherence to immunosuppressive treatment was 11.43 ± 0.86 . A significant difference was found between the patients' self-management scale mean score and donor type and educational status, and between the immunosuppressive treatment compliance scale mean score and donor type ($p < 0.05$).

Conclusions: It was determined that the self-management score increased in those who received donor transplantation and as the level of education increased, while the score of immunosuppressive therapy was higher in those who received living donor transplantation. In order to increase compliance with immunosuppressive therapy and to provide self-management, periodic trainings should be conducted.

Keywords: Kidney transplantation; self-management; immunosuppressive therapy; adaptation.

1. Giriş

Organ nakli, kalp, akciğer, böbrek veya karaciğer yetmezliği gibi son dönem organ yetmezliği olan hastalar için hayat kurtaran bir prosedürdür (Akyolcu ve Kula Şahin 2021). Bu tedavide amaç; canlı hücre ya da dokunun vericiden alıcıya aktarılmasıdır (Yılmaz ve Karakoç 2015). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastada canlı ya da kadavradan alınan böbreğin bireye cerrahi yöntemle nakledilmesi böbrek nakli olarak tanımlanmaktadır (Akıncı ve Özbaş 2021). Bu işlem için, öncelikle yasal izinlerin alınması, organların temini ve sonrasında uzman ekip yaklaşımı gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Böbreğin normal işlevlerini yerine getirmesini sağlayan bir tedavi yöntemi olarak görülen böbrek nakli sonrası bireyler, yaşamlarının normale dönmesini ve daha aktif olmayı beklerler. Fakat bu süreç, ilaç tedavisi ve yan etkileri yönetme, infeksiyon, kalp damar hastalığı ve malignite görülme riskinde artma, sürekli bir rejeksiyon riski ile yaşama, düzenli izlem ve kontrol zorunluluğu gibi birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hastaların öz yönetimi çok önemlidir (Çetin 2016). Öz yönetim, "bireylerin, tıbbi yönetim, rol yönetimi ve koşulların duygusal yönetimi ile başa çıkma güvenine sahip olmasını içeren, bir veya daha fazla kronik koşulla yaşamak için üstlenmeleri gereken görevler" olarak açıklanmaktadır (Haspeslagh vd. 2013). Literatürde böbrek nakli sonrası alıcılarının üstlenmeleri gereken öz yönetim önlemleri; ilaçları düzenli kullanma, yan etkileri izleme, rejeksiyon belirtilerini gözleme, infeksiyon kontrolü, yaşamsal bulguları izleme, semptom yönetimi, klinik randevulara düzenli devam etme, yeterli hidrasyonu sürdürme, kendi kendini izleme, kanser belirtilerini gözleme, güneşten korunma, fiziksel aktivite ve egzersiz yapma, sigara ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme ve az tuzlu, az yağlı ve düşük kolesterolü diyet uygulamaları olarak sıralanmaktadır (Çetin 2016; Schäfer-Keller vd. 2009) Öz yönetimi yerine getirilebilmesi için alıcılarının nakil sonrası sürece ve tedaviye uyumu önem taşımaktadır.

Uyum, kişinin değişen şartlara göre davranışlarını değiştirebildiği, aktif, kişiden kişiye değişen, karmaşık bir kavramdır. Bireylerin yaşadığı olumsuz olaylar uyum sağlama kabiliyetini olumsuz etkileyebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilaç uyumunu; "bir kişinin davranışının bir sağlık kuruluşunun kabul edilen önerileri ile ne derece örtüştüğü" olarak tanımlanmaktadır (De Bleser vd. 2009). İlaç uyumu, böbrek nakli yapılan hastalarda yaşanan en önemli sorunlardan biri olan organ reddini engelleyen en temel uygulamalardandır. Böbrek nakli alıcılarında

tedaviye uyumsuzluk böbrek nakil başarısını düşürmekte, akut ya da kronik redde yol açabilmektedir (Sarıgöl Ordin vd. 2018). Nakil başarısını artırmada kullanılan immunosupresif ilaçlar nakil başarısını arttırmakta ve greft kaybını engellemektedir (Akıncı ve Özbaş 2021). Bu nedenle ilaç tedavisine uyum, olumlu hasta sonuçlarına ulaşmada temel bir gereklilik iken organ naklinin başarısı için daha kritik bir gerekliliktir (Ören 2018).

İmmunosupresif tedavi rejimlerinin kullanıma girmesi ve cerrahi tekniklerin gelişmesi sayesinde gerçekleştirilen başarılı bir nakil, alıcının sağ kalım oranını arttırmakta ve daha iyi bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktadır (Dizen Kazan ve Tunca 2023). İmmünsüpresif ilaç tedavisi ile birlikte, akut rejeksiyon insidansı azalmış ve kısa vadede sağ kalım oranları artmış olsa da uzun vadede sağ kalım oranlarında artış görülmemesi günümüzde hala böbrek nakli sonrası önemli bir problem olmaya devam etmektedir (Ünver ve Yıldız Fındık 2021).

Böbrek nakil sonuçları, sadece immünsüpresif faktörlerle değil, bunun yanı sıra sürece uyum sağlanamaması ve nakil sonrası kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi immünsüpresif olmayan faktörlerle de bağlantılıdır. Kronik bir sorunla yaşamaya devam eden böbrek nakli alıcılarında, infeksiyon, kalp-damar hastalıkları ve belirli kanser türlerinin gelişme riski genel popülasyondandaki bireylerden daha yüksek olduğu için nakil sonrası hasta sonuçları büyük ölçüde, alıcıların riskleri en aza indirmeye yönelik karmaşık ve süreklilik gösteren bir öz yönetim sürecine uyum ile belirlenmektedir (Tuncer ve Khorshid 2018). Bu yüzden hastaların nakil sonrası tedaviyi ve tıbbi izlemleri yönetmeleri bunun yanı sıra kendi bakımları için sorumluluk almaları gerekmektedir. Bu çalışma böbrek nakil hastalarında öz yönetim ve immünsüpresif ilaç uyumunu belirlemek amacıyla yapıldı.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin güneydoğusunda bulunan bir araştırma uygulama hastanesinin Nefroloji- Organ Nakli Polikliniğinde 2009 -2021 yılları arasında böbrek nakli olmuş 413 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğü yapılan güç analizine göre 134 kişi olarak belirlendi (Ahmed Muhamed 2017). Örnekleme; naklin üzerinden en az iki ay geçmiş, iletişim sorunu olmayan ve gönüllü hastalar dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları üç formdan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik özellik formu: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi, nakil olma nedeni, donör tipi, gibi soruları içermektedir.

Böbrek nakli alıcılarında öz yönetim ölçeği (BNAÖYÖ): Kosaka ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Kosaka vd. 2013). Çetin tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Çetin 2016). Nakil sonrası kronik böbrek yetmezliğini içeren 4'lü likert tipi ölçektir. Ölçek maddeleri 1 "hiç uygulanmadı", 2 "çok az uygulandı", 3 "oldukça uygulandı" ve 4 "tamamen uygulandı" şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek; normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme, günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme ve kendi kendine izleme olmak üzere 3 alt boyut ve 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 13-52 arasındadır. Puan arttıkça uyumun iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa katsayıları 0.61-0.87 arasındadır (Çetin 2016). Bu çalışmada BNAÖYÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanının cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.62, 0.64, 0.77 ve 0.71'dir.

İmmünespresif tedaviye uyum ölçeği (İTUÖ): Chisholm ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Chisholm-Burns vd. 2012), Bayhan ve Karayurt tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 4'lü likert tipi ve toplamda dört maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması %0 yanıtı için 3 puan, %0 - 20 yanıtı için 2 puan, %21 - 50 için 1 puan ve > %50 yanıtı için 0 puan şeklindedir. Ölçek sonucunda toplam puan 0 ile 12 arasında değişmektedir. Ölçek puanının artması uyumun da arttığını göstermektedir. Uyumun hesaplanması için hastaların verdikleri yanıtlar doğrultusunda doğru orantı ile hesaplama yapıp uygun seçenekler işaretlenir ve hastanın ölçekten aldığı toplam puan hesaplanır (Bayhan 2014). Bu çalışmada İTUÖ cronbach alpha katsayısı 0.51 bulundu.

Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmanın yapılabilmesi için Sanko Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 05.05.2021 tarihli ve 2021/05 karar sayılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı kurumdan da izin alınmıştır.

Veri analizi

Veriler SPSS 25.00 programında değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak frekans, yüzdelik ve ortalama kullanıldı. Sosyodemografik özelliklerle ölçek puanlarının karşılaştırılmasında; bağımsız gruplarda t

testi, varyans analizi, Kruskal Wallis H testi, Mann-Whitney U testi kullanıldı.

3. Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Özellikler	X	SD
Yaş (yıl)	39.92	13.24
Böbrek hastalığı süresi (yıl)	9.37	6.76
	n	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	49	36.6
Erkek	85	63.4
Yaş grupları		
18-30 yaş	35	26.1
31-40	36	26.9
41-50	31	23.1
51-60	21	15.7
61-70	11	8.2
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	15	11.2
İlköğretim	84	62.7
Lise	18	13.4
Üniversite ve üzeri	17	12.7
Medeni durumu		
Bekar	32	24.4
Evli	102	75.6
Gelir gider dengesi		
Gelir giderden düşük	60	44.8
Gelir gidere eşit	64	47.8
Gelir giderden yüksek	10	7.4
Donör türü		
Kadavra	18	13.4
Canlı	116	86.6
Böbrek yetmezliği nedeni		
Bilinmeyen	24	17.9
Hipertansiyon	63	47.0
Diyabet	5	3.7
Glomerulonefrit	6	4.5
Kist böbrek hastalığı	7	5.2
Diğer	29	21.7
Nakil sonrası ilaç kullanımı ve diğer yapmanız gerekenler hakkında eğitim alma durumu		
Almadım	6	4.5
Aldım	128	95.5
Nakil sonrası hastaneye yatma durumu		
Evet	92	68.7
Hayır	42	31.3
Nakil sonrası hastaneye yatma nedeni*		
Enfeksiyon	49	53.2
Kreatinin yüksekliği	30	32.6
Rejeksiyon	2	2.2
Diğer	11	12.0
Toplam	134	100.00

*Sadece evet cevabı verenler

Araştırma kapsamına alınan böbrek nakli olan hastaların; %63.4'ü erkek, %26.9'u 31-40 yaş grubunda, %75.6'sı evli, %62.7'si ilköğretim düzeyinde eğitime sahip ve %47.8'inin geliri giderine eşit olduğu belirlendi. Hastaların yaş ortalaması 39.92 ±13.24 yıl olduğu ve böbrek yetmezliği süresinin

9.37±6.76 yıl olduğu saptandı. Hastaların %47.0' inde hipertansiyon nedeniyle böbrek yetmezliği geliştiği, %86.6'sı canlı donörlerden nakil olduğu belirlendi. %95.5'i nakil sonrası sürece ve kurallara yönelik eğitim aldığı, %68.7'si nakil sonrası hastanede yattığı, %53.2'sinin nakil sonrası enfeksiyon nedeni ile hastaneye yattığı belirlendi (Tablo 1).

Böbrek nakil hastalarının BNAÖYÖ alt boyutlarından normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme alt boyutu puanının 3.06±0.52, günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme alt boyutunun 3.46±0.46, kendi kendine izleme alt boyutunun 2.49±0.88 olduğu belirlendi. BNAÖYÖ toplam puan ortalaması 39.66±5.43'tür. İTUÖ toplam puan ortalaması 11.43±0.86'dır (Tablo 2).

Tablo 2. Böbrek Nakli Hastalarında BNAÖYÖ toplam puan ve alt boyutları ile İTUÖ puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	X±SS
BNAÖYÖ alt boyutları*	
Normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme*	3.06±0.52
Günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme*	3.46±0.46
Kendi kendine izleme*	2.49±0.88
BNAÖYÖ**	39.66±5.43
İTUÖ Toplam puan**	11.43±0.86

*Ölçeklerin madde puan ortalaması alındı.

Tablo 3'te normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme alt faktörü, günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme alt faktörü, kendi kendine izleme alt faktörü ve BNAÖYÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet, nakil sonrası ilaç kullanımı ve diğer yapmanız gerekenler hakkında eğitim alma sorusuna verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme alt faktörü ve BNAÖYÖ toplam puan ortalaması ile donör türü ve eğitim durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kendi kendine izleme alt faktörü ile donör türü arasında ve İTUÖ puanı ile donör türü arasında anlamlı fark tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 3).

4. Tartışma

Kronik hastalıklardaki artış ve nüfusun yaşlanması gibi nedenlerle dünya genelinde böbrek nakline gereksinim her geçen gün artmaktadır (Tay 2016). Böbrek yetmezliği olan hastalar için en iyi tedavi seçeneği olan böbrek nakli, yaşam kalitesini artırma, mortalite ve maliyeti azaltma gibi avantajları nedeniyle

en iyi tedavi seçeneği olmaktadır (Ören 2018). Nakil sonrasında hastalar, eski sağlıklarına kavuşacaklarını, hayatlarının normale döneceğini ve daha etkin olacaklarını düşünmektedirler (Yılmaz ve Candan 2016). Ancak naklin yaşam kalitesini yükseltmesine karşın, hastalar daha disiplinli, kontrol altında bir yaşam ve sağlık ekibiyle sıkı bir iş birliği gerektiren bir sürece girmektedir. Bu süreçte hastalar; immunosupresif ilaç tedavisinin önemi ve yan etkileri, rejeksiyon riskine yönelik belirti ve bulgular, diyeti ile ilgili kısıtlamalar, uyulması gereken kurallar, izin verilen ve sınırlama getirilen aktiviteler, cinsel, sosyal ve çalışma yaşamı ve düzenli sağlık kontrolleri ile yaşamaya başlamaktadır (Gül, Üstündağ, ve Zengin 2010). Böbrek nakli sonrası hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal güçlükler yaşamaktadır. Bu nedenle nakil sürecini ve sonrasında yönetmede bireyin özyönetimi oldukça önemlidir. Böbrek nakli öncesi başlanan immunosupresif ilaçlarla nakil başarısında artış gerçekleşmektedir. İmmünsupresif ilaçların doğru zaman, doğru dozda ve düzenli alınmaması tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Hastanın tedaviye uyum sağlaması nakil başarısını olumlu etkilemektedir (Doyağacı 2017). Bu çalışma böbrek nakil hastalarında öz yönetim ve immünsupresif ilaç uyumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada böbrek nakli olan hastaların yaş ortalaması 39.92 ± 13.24'tür. Shabany Hamedan ve Mohamad Aliha (2014) çalışmasında yaş ortalaması 41.69±9.67 (Shabany Hamedan ve Mohamad Aliha 2014), Singh ve Paterson (1998) çalışmasında yaş ortalaması 53.93 ± 11.91 (Singh ve Paterson 1998), Emori ve arkadaşlarının çalışmasında ise 46 ± 10.54 yıl olarak bulunmuştur (Emori vd. 2014). Bu çalışmada yaş grubunun 31-40 arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Ülkemizde en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon (HT)'dur. Türkiye'de HT hastalarının yarısı (%53), orta yaş grubundadır. Ülkemiz genç nüfusa sahip olup, 30 yaş altında on kişiden biri HT hastasıdır (Arıcı vd. 2023). Hastalığın ortalama çıkış yaşı doğuştan KBY hastası değil ise, genellikle HT ve Diabetes Mellitus (DM) gibi hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklar böbreği uzun sürede etkilemektedir. Bu sebepten dolayı çalışmamızda hastalığın ortaya çıkış yaşının diğer çalışmalara göre daha erken olduğu düşünülmektedir (Tablo 1).

Dünya'da ve Türkiye'de kadavra organ bağışının yetersizliği nedeniyle çoğunlukla canlı donörlere yönelinmektedir (Tay 2016). Avrupa Organ Nakli İstatistiklerine göre 2017 yılında Avrupa'nın tamamında toplam canlı transplantasyon sayısı 22024, kadavra sayısı ise 5102'dir. Ülkemizde 2014 yılında gerçekleşen böbrek nakillerinin 2298'inin canlıdan, 626'sının kadavradan gerçekleşmiş, 2021 yılı içerisinde yapılan böbrek nakillerinin 4237'si canlıdan 945'i ise kadavradan gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Tablo 3. BNAÖYÖ ve İTUÖ'nin hastaların bazı özellikleri ile karşılaştırılması

		Normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme alt boyutu*	Günlük yaşamda öz bakım davranışları ve stresle baş etme alt boyutu*	Kendi kendine izleme alt boyutu*	BNAÖYÖ Toplam *	Test istatistiği	İTUÖ toplam*
	N	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		Ortanca
Cinsiyet							
Kadın	49	3.06±0.52	3.52±0.43	2.41±0.81	3.05±0.37		2.89
Erkek	85	3.07±0.53	3.42±0.47	2.53±0.92	3.05±0.45		2.84
Test istatistiği	t	0.058	1.153	0.765	0.018	U	1904.500
	p	0.954	0.251	0.445	0.986	p	0,339
Nakil sonrası ilaç kullanımı ve diğer yapmanız gerekenler hakkında eğitim alma durumu							
Eğitim almadım	6	3.00±0.39	3.38±0.59	2.83±0.81	3.08±0.31		2.79
Eğitim aldım	128	3.07±0.53	3.46±0.45	2.47±0.88	3.05±0.42		2.86
Test istatistiği	t	0.308	0.437	0.989	0.155	U	318.000
	p	0.759	0.663	0.324	0.877	p	0.409
Donör türü							
Kadavra	18	2.76±0.59	3.42±0.48	2.04±0.85	2.79±0.44		2.79
Canlı	116	3.11±0.50	3.46±0.46	2.55±0.87	3.09±0.40		2.87
Test istatistiği	t	2.718	0.382	2.385	2.874	U	859.000
	p	0.007	0.703	0.020	0.005	p	0.005
Eğitim durumu							
Okuryazar değil	15	3.03±0.58	3.47±0.48	2.64±0.98	3.08±0.39		2.93
İlköğretim	84	3.00±0.45	3.45±0.47	2.41±0.88	3.01±0.38		2.86
Lise	18	3.01±0.72	3.35±0.49	2.56±0.97	3.01±0.60		2.82
Üniversite ve üzeri**	17	3.45±0.39	3.57±0.30	2.63±0.66	3.30±0.24		2.81
Test istatistiği	F	2.917	0.451	1.255	1.259	KW	3.344
	P	0.013	0.548	0.661	0.048	p	0.344

*Ölçeklerin madde puan ortalaması alındı.

**Anlamlılığın kaynaklandığı grup

Yedi sene gibi kısa bir sürede nakil sayısı nerdeyse iki katına çıkmıştır. Bu çalışmada da hastaların %86.6'sı canlı donörden %13.4'ü ise kadavradan nakil olmuştur. Şahin'in (2016) bir üniversite hastanesinde karaciğer ve böbrek nakli yapılan 310 hastanın immünsüpresif tedaviye uyumu ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hastaların %56.5'inin canlı vericiden nakil olduğu belirlenmiştir (Şahin 2016). Burns ve ark. (2010)'nın yapmış oldukları çalışmada ise hastaların % 70.5'i, Liu ve ark. (2015)'nin çalışmasında nakil yapılan hastaların % 70.3'ü kadavra vericiden nakil yapılmıştır (Chisholm-Burns vd. 2012; Liu vd. 2015). Böbreğin vücutta çift bulunmasının ayrıca canlı donörden naklin daha kolay olması gibi nedenlerle transplantasyon yapılan hastaların çoğunluğunu canlı donör oluşturmaktadır. Organ naklindeki artışa karşılık organ bağışında yeterli artışın sağlanamamış olması uzun bekleme listelerine sebep olmaktadır. Her geçen gün daha fazla hasta organ bekleme listelerine eklenmekte, fakat organ bağışı sayılarında artış aynı şekilde gerçekleşmemektedir. Bu da organ ihtiyacının artmasına neden olmakta, organ bağışı konusunun önemini artırmaktadır (Akyolcu ve Kula Şahin 2021). Avrupa ülkelerinde, kadavra donör sayısı milyon nüfus başına ortalama 20-25 iken, bu oran ülkemizde 5,3'tür (Öztürk 2019). Harvard Tıp Fakültesinde oluşturulmuş özel bir komite de 1968 yılında geri dönüşü olmayan koma halindeki hastaların belirlenmesi ve organ transplantasyonuna olanak tanımak amacı ile beyin ölümü tanımlanmış ve bu süreçte beyin ölümü kavramı kabul görmeye başlamıştır (Tomur 2015). İnsanlarda organ bağışı yapılırken hayatın sona erdirildiği, ölümden sonraki hayat vb. gibi düşünceler nedeniyle belirsizlik ve korku düşüncesi vardır. Dini bilgi yetersizliği ve önyargılar organ bağışını olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Din adamlarının bazılarının olumsuz görüş bildirmesi ile organ bağışından vazgeçen insanlar da bulunmaktadır (Cenan 2016). Türkiye Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından organ naklinin dinen sakıncalı olmadığı açıklanmıştır. (Din İşleri Yüksek Kurulu Kararları 2023). Toplumdaki dini inançlar ve ölüm sonrası hayat vb. nedenlerden ötürü kadavra sayısının az olduğu düşünülmektedir (Ahmed Muhamed 2017) (Tablo 1).

Kosaka'ya göre KBH'nin en sık sebebi HT, DM, piyelonefrit ve önemli bir kısmının da bilinmeyen sebepler olduğu bildirilmiştir (Kosaka vd. 2013). Karataş çalışmasında, böbrek yetmezliği sebebini %30.4 nedeni bilinmeyen, % 20.7 HT olduğunu (Karatas vd. 2012), Türk Nefroloji Derneği raporunda KBH etiyolojisinde en yüksek %36.3 oranı ile diyabet olduğu bildirmiştir (Suleymanlar vd. 2011). Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada böbrek naklinin nedenleri arasında HT %17.3 ve %22.2 oranı ilk sırada yer almaktadır (Aytutuldu 2010; Öztürk 2019). 2000 yılında dört erişkinden birinde HT varken, 2025 yılında %60 artışla 1,56 milyara ulaşacaktır (Kearney vd. 2005). Ülkemizde erkeklerin kadınlardan iki yıl erken HT tanısı aldığı, erkeklerin kadınlardan dört kat daha

fazla sigara içtiği ve erkeklerin %18.9'unda HT kontrol altındayken, kadınların %37.3'ünde kontrol altında olduğu belirtilmektedir (Şengül 2013). Bu çalışmada KBH olmalarının sebeplerinden birincisi hipertansiyon, ikincisi farklı hastalıklar, üçüncüsü ise bilinmeyen sebepler olduğu görülmektedir. Çalışma grubunun yarısından çoğunu erkeklerin oluşturması bu sonuca neden olmuş olabilir (Tablo 1).

Nakil sonrası enfeksiyonlar alıcılarda önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bu enfeksiyonlardan başlıca indüksiyon veya rejeksiyon tedavisi için kullanılan immünsüpresifler sorumludur (Dinkçi vd. 2022). Günümüzde enfeksiyon etkenleri 2/3 bakteriyel, %40 viraldir. Kalanını fungal ve paraziter enfeksiyonlar oluşturmaktadır. (Diniz, Tugmen, ve Sert 2019). Böbrek nakli sonrası alıcıların % 75'inde ilk yıl içinde enfeksiyonlarla karşılaşmaktadır (Aytutuldu 2010). Bir çalışmada böbrek nakli olan hastaların %30.6'sının idrar yolu enfeksiyonu ile tekrar hastaneye yattığı saptanmıştır (Ahmed Muhamed 2017). Bu çalışmada hastalar nakil sonrası en fazla %36.6 oranı ile enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış yapmışlardır. Bunun sebebi hastaların kullandığı immünsüpresif ilaçlara bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflamasından kaynaklanabilir.

Böbrek nakli alıcılarının, nakilden sonraki bakımlarında, yaşam standartlarının ve kalitelerinin artırılması için öz yönetim sürecinde kendi üzerlerine düşen sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekmektedir (Ünver ve Yıldız Fındık 2021). Bu çalışmada BNAÖYÖ alt boyutların madde puan ortalamaları sırasıyla 3.06±0.52, 3.46±0.46 ve 2.49±0.88 olduğu, BNAÖYÖ toplam puanının 39.66±5.43 olduğu bulunmuştur. Bu sonuca bakarak ölçeğin alt boyutlarının madde puan karşılığı olan üç puana karşılık gelmektedir. Bu bulgu böbrek nakli olan hastaların özyönetimin "oldukça uygulandığı" nı göstermektedir. Böbrek nakli hastalarının immünsüpresif tedaviye uyumu, inançları ve öz yönetim davranışlarının incelendiği çalışmada (Ahmed Muhamed 2017), öz yönetime ilişkin yaşam tarzı alışkanlıklarından; kan basıncı izlemi ve düzenli kilo izlemi yapma oranı yüksek; güneşten korunma bilinci ve düzenli güneş koruyucu krem kullanım oranı ise oldukça düşük bulunmuştur (Dweib vd. 2020). Tütüncünün çalışmasında, böbrek nakli öz yönetim ölçeği puan ortalaması 4.11±0.479 olarak bulunurken, en yüksek nakil sonrası öz bakım sorumluluğu ve ilaç yönetimi alt boyutlarından alındığını; bunu nakledilen böbreğin korunması alt boyutunun izlediği saptanmıştır (Tütüncü, 2022). Aynı çalışmada BNAÖYÖ alt boyutlarını sırasıyla 1.49±0.35, 1.30±0.23, ve 0.62±0.17 olarak belirlenmiştir (Tütüncü, 2022). Çetin (2016) çalışmasında BNAÖYÖ puan ortalamasının 34.2±5.7 olduğunu, ölçek alt boyutlarında ise bizim çalışmamıza benzer olarak en düşük puanın kendi kendine izleme alt boyutundan alındığını belirtmiştir (Çetin 2016). Bu çalışmada

katılımcıların ölçek alt boyutlarının daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Normal olmayan durumları erken dönemde fark etme ve bunlarla baş etme alt faktörü ile donör türü ve eğitim durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde BNAÖYÖ toplam puan ortalamasıyla donör türü ve eğitim durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Ayrıca kendi kendine izleme alt faktörü ile donör türü arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Canlı donörden nakil olanların ölçek ortalaması ve iki alt boyut puanı kadavradan nakil olanlardan daha yüksektir. Bu durum Canlıdan nakil olan kişilerin yakın aile üyelerinden nakil olmaları nedeniyle çevresel kontrollerin daha iyi olması ile açıklanabilir. Aynı şekilde üniversite mezunu olanlarda BNAÖYÖ ortalaması ve alt boyutları daha yüksektir. Bu durumun eğitimin nakil sonrası süreci daha iyi anlama ve uygulamaya katkısı nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Tablo 3).

İmmünosupresif tedaviye uyumsuzluk greft rejeksiyonu için büyük risk oluşturmaktadır. Nakil sonrasında gerçekleşen ölümlerin %25'inin nedeni rejeksiyondur (Ören 2018). Transplantasyon sonrası dönemde hastalarda rejeksiyonun önlenmesinde yararı ve önemi tartışılmazdır (Güngör vd. 2017). Son yıllarda immünosupresif tedavi, enfeksiyon kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek naklini, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiş, yaşam süresini ve kalitesini arttırmıştır. Böbrek nakli ile 1 yıllık hasta yaşamı %90-98, 5 yıllık hasta yaşamı ise % 80-90 civarındadır (Gül, Üstündağ, ve Zengin 2010). İmmünosupresif ilaçlar; rejeksiyondan korunmak amacıyla immün sisteminin baskılanmasında, transplantasyonun başarılı olması için hastaların yaşamları boyunca kullanacakları ve uyum sağlamak zorunda oldukları bir tedavidir (Dontje vd. 2014; Ünver ve Yıldız Fındık 2021). Böbrek naklinde morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden biri immünsüpresif ilaç uyumsuzluğu nedeniyle rejeksiyonların olmasıdır. Bu nedenle hastaların kaliteli yaşam sürdürmede, nakil sonrası başarı için ilaç uyumu ve tıbbi takip önemlidir (Güngör vd. 2017). Bu çalışmada İTUÖ puan ortalamasının 11.43 ± 0.86 olduğu belirlendi. Farklı iki çalışmada ise İTUÖ puan ortalamaları 11.49 ± 0.78 ve 11.34 ± 0.81 olarak belirlendi (Ören 2018; Şahin 2016). Literatürde hastaların yarısından fazlasının immünosupresif tedaviye uyumlu olduğu belirtilmektedir (Sankaranarayanan vd. 2012; Weng vd. 2013). İmmünosupresif tedaviye uyum düzeyinin tam olması beklenirken, ilaç uyumsuzluğunun düşük oranda bile olmasının geç rejeksiyonların görülmesine ve greft kaybına neden olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle böbrek nakli sonrası hastaların immünosupresif tedaviye uyumlarının tam olması için uyumu arttırmaya yönelik stratejilerinin planlanması ve hastaların ilaç uyumsuzluk düzeylerine göre girişimlerin uygulanması, ilaç uyum düzeylerinin belirli

aralıklarla izlenmesi komplikasyonların önlenmesinde oldukça önemlidir (Low vd. 2016). Bu çalışmada elde edilen puan üst değere yakın olması nedeniyle, nakil hastalarında İTUÖ puanının iyi olduğu düşünülebilir (Tablo 2).

Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerinde, nakil sonrası ilk bir yıl içerisinde akut rejeksiyonların engellenmesinde, immünsüpresif ilaçlardaki gelişmelere paralel olarak büyük ilerlemeler kaydedildiği görülmektedir (World Health Organization (WHO) 2020). Bu çalışmada canlı donörden nakil yapılanların İTUÖ puanı daha yüksek bulundu. Yapılan bir çalışmada canlı vericiden nakil olan bireylerde kadavraya göre ilaç uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Güler vd. 2022). Denhaerynck ve arkadaşları kadavra ve canlıdan yapılan nakillerde anlamlı bir farklılık olmadığını, canlıdan nakil yapılan genç hastalarda uyumsuzluk olduğunu ve canlıdan nakil yapılan hastalarda immünosupresif tedavinin öneminin az olduğuna ilişkin yanlış inanışlar olduğu bildirilmiştir (Denhaerynck vd. 2005) (Tablo 3).

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yapılması bu çalışmanın sınırlılığdır.

6. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada nakil olanların çoğunluğunun canlıdan olduğu ve ölçek puanlarının iyi olduğu görülmektedir. Hastalarda böbrek hastalığının nedenini en fazla HT'dur. Bu sonuçlar doğrultusunda, kronik hastalıkların komplikasyonlarından korunmak için erken yaş dönemlerinden itibaren sağlıklı yaşama yönelik eğitimler yapılmalıdır. Nakil öncesi bilgilendirmelerle, nakil sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi, öz yönetim ve ilaç uyumunu artırmada önemlidir. Hasta ve ailesinin bir arada eğitime alınması ile nakil sonrası çevresel destek sağlanmalıdır. Toplum kadavra bağışına yönelik bilgilendirmeler ve toplum liderlerinin bu konuda öncü rol üstlenmeleri önerilebilir. Böbrek nakli yapılmış hastaların immünosupresif tedaviye uyumu sağlık ekibi tarafından değerlendirilmeli, ilaç uyum düzeyi düşük bulunan hastaların ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin niteliksel çalışmalarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yazarlık Katkısı: Çalışma Fikri: ŞK, BA, Veri Toplama: ŞK, Makale Yazımı: ŞK, HSK Eleştirel İnceleme: ŞK, HSK.

Teşekkür: Bu çalışmaya destek olan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Ahmed Muhamed, M. 2017. "Yetişkin Böbrek Nakli Alıcılarının İmmünoşüpresif Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi". Yüksek Lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi. <http://dspace.akdeniz.edu.tr/bitstream/handle/123456789/3417/484729.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Akıncı, N, ve A Özbaş. 2021. "Böbrek nakli yapılan hastaların immünoşüpresif ilaç uyumunu arttırmaya yönelik yapılan uygulamaların etkinliği: Sistematik derleme". *Sağ Aka Derg* 8(3): 257-64.
- Akyolcu, N, ve S Kula Şahin. 2021. *Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi*. Birinci. *Türkiye Klinikleri*. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-organ-naklinin-tarihsel-gelisimi-92362.html>.
- Arıcı, M vd. 2023. "Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması". https://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
- Aytutuldu, A. 2010. "Transplantasyon sonrası erken dönemde görülen üriner sistem enfeksiyonlarının epidemiyolojisi ve risk faktörleri". Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi.
- Bayhan, B. 2014. "Organ Nakli Hastalarında İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (ITUÖ) Türkiye'de Geçerlik Güvenirliği". Yüksek Lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=vnTY_UsSFR0xocy7L8StJQ&no=mQsT7YgNJJEuuV29dKrW7Q.
- Cenan, RS. 2016. "Beden Kitle İndeksinin Böbrek Nakli Sonuçları Üzerine Etkisi". Uzmanlık tezi. Başkent Üniversitesi. <http://acikerisim.baskent.edu.tr/handle/11727/2570?locale=attribute=en>.
- Chisholm-Burns, Marie vd. 2012. "Factors Related to Immunosuppressant Medication Adherence in Renal Transplant Recipients". *Clinical Transplantation* 26(5): 706-13.
- Çetin, Ç. 2016. "Böbrek Nakli Alıcılarında Öz Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". Yüksek Lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi. <http://acikerisim.akdeniz.edu.tr/bitstream/handle/123456789/3179/T04341.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- De Bleser, Leentje vd. 2009. "Interventions to Improve Medication-Adherence after Transplantation: A Systematic Review". *Transplant International* 22(8): 780-97.
- Denhaerynck, Kris vd. 2005. "Prevalence, Consequences, and Determinants of Nonadherence in Adult Renal Transplant Patients: A Literature Review". *Transplant International* 18(10): 1121-33.
- "Din İşleri Yüksek Kurulu Kararları". 2023. *Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu*. <https://kurul.diyamet.gov.tr/Karar-Mutalaa-Cevap/9669/organ-naklinin-dini-hukmu>.
- Diniz, Gulden, Cem Tugmen, ve İsmail Sert. 2019. "Organ Transplantation in the Turkey and the World". *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*. [http://www.tepecikdergisi.com/eng/jvi.aspx?pdire=terh&plng=eng&un=TERH-40412&look4=\(12 Temmuz 2023\)](http://www.tepecikdergisi.com/eng/jvi.aspx?pdire=terh&plng=eng&un=TERH-40412&look4=(12%20Temmuz%202023)).
- Dinkçi, Suzan vd. 2022. "Böbrek nakli yapılan hastalarda nakil öncesi ve nakil sonrası enfeksiyon etkenlerinin sıklığı". *Cukurova Medical Journal* 47(3): 1050-58.
- Dizen Kazan, E, ve O Tunca. 2023. "Böbrek nakli alıcılarında öz-yönetim gücünü etkileyen parametrelerin araştırılması". *Kocatepe Tıp Dergisi* 24: 112-17.
- Dontje, M. L. vd. 2014. "Longitudinal Measurement of Physical Activity Following Kidney Transplantation". *Clinical Transplantation* 28(4): 394-402.
- Doyağacı, A. 2017. "Transplantasyon hastalarında immünoşüpresif tedaviye uyumun değerlendirilmesi". Yüksek Lisans tezi. Gazi Üniversitesi. <https://avesis.gazi.edu.tr/yonetilen-tez/0038df9f-839b-4ea2-875f-e8e6212e778c/transplantasyon-hastalarinda-immunosupresif-tedaviye-uyumun-degerlendirilmesi>.
- Dweib, Kholoud, Salma Jumaa, Maher Khmour, ve Hussein Hallak. 2020. "Quality of Life for Kidney Transplant Palestinian Patients". *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 31(2): 473.
- Emori, Christini Takemi vd. 2014. "Acute Exacerbation of Chronic Hepatitis B Virus Infection in Renal Transplant Patients". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 18(6): 625-30.
- Gül, A, H Üstündağ, ve N Zengin. 2010. "Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi". *Genel Tıp Dergisi* 20(1): 7-11.
- Güler, S, B Bayır, M Kargın, ve Ş Dolu Kubilay. 2022. "Böbrek Nakli Yapılan Hastaların İmmünoşüpresif İlaç Uyum ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi". İçinde Malatya, 185.
- Güngör, Özkan, Alper Alp, İrem Pembegül, ve Bülent Tokgöz. 2017. "Böbrek Naklinde Kullanılan Yeni İmmünoşüpresif İlaçlar". *Turkish Nephrology Dialysis Transplantation* 26(03): 239-45.

Haspeslagh, Annelies vd. 2013. "Completeness and Satisfaction with the Education and Information Received by Patients Immediately after Kidney Transplant: A Mixed-Models Study". *Progress in Transplantation* 23(1): 12-22.

Karatas, Ahmet vd. 2012. "Risk Factors for Osteoporosis in Renal Transplant Recipients". *Turkish Nephrology Dialysis Transplantation* 21(03): 267-72.

Kearney, Patricia M vd. 2005. "Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data". *The Lancet* 365(9455): 217-23.

Kosaka, Shiho vd. 2013. "Development of Self-Management Scale for Kidney Transplant Recipients, Including Management of Post-Transplantation Chronic Kidney Disease". *ISRN Transplantation* 2013: 1-7.

Liu, Jia vd. 2015. "Adherence to Immunosuppressive Medication in Renal Transplant Recipients From Follow-up Outpatient in China: Association of 2 Different Measurement Methods". *Clinical Therapeutics* 37(11): 2572-80.

Low, Jac Kee, Kimberley Crawford, Elizabeth Manias, ve Allison Williams. 2016. "A Compilation of Consumers' Stories: The Development of a Video to Enhance Medication Adherence in Newly Transplanted Kidney Recipients". *Journal of Advanced Nursing* 72(4): 813-24.

Ören, E. 2018. "Böbrek Nakli Yapılmış Hastaların İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi". Yüksek Lisans tezi. Doğu Akdeniz Üniversitesi.

Öztürk, B. 2019. "böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi". Yüksek Lisans tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

Sağlık Bakanlığı, Organ, Doku nakli ve diyaliz hizmetleri daire başkanlığı. 2020. "Sağlık Bakanlığı, Organ, Doku nakli ve diyaliz hizmetleri daire başkanlığı". <https://organ.saglik.gov.tr/OTR/70Istatistik/OrganNakillistikKamusal.aspx>.

Sankaranarayanan, Jayashri vd. 2012. "Rurality and Other Factors Associated with Adherence to Immunosuppressant Medications in Community-Dwelling Solid-Organ Transplant Recipients". *Research in Social and Administrative Pharmacy* 8(3): 228-39.

Sarıgöl Ordin, Yaprak, Özgül Karayurt, Nermin Ertan, ve Serkan Yıldız. 2018. "Böbrek Nakli Alıcılarında İmmünoşüpresif Tedaviye Uyumun Farklı Yöntemler ile Değerlendirilmesi". *Turkish Nephrology Dialysis Transplantation*. <http://turkjnephrol.org/en/evaluation-of-adherence-to-immunosuppressive-treatment-with-different-methods-in-kidney-transplant-recipients-135504> (13 Temmuz 2023).

Schäfer-Keller, Petra vd. 2009. "Computerized Patient Education in Kidney Transplantation: Testing the Content Validity and Usability of the Organ Transplant Information System (OTIS™)". *Patient Education and Counseling* 74(1): 110-17.

Shabany Hamedan, M., ve Jaleh Mohamad A 2014. "Relationship between Immunosuppressive Medications Adherence and Quality of Life and Some Patient Factors in Renal Transplant Patients in Iran". *Global Journal of Health Science* 6(4): p205.

Singh, Nina, ve David L. Paterson. 1998. "Mycobacterium Tuberculosis Infection in Solid-Organ Transplant Recipients: Impact and Implications for Management". *Clinical Infectious Diseases* 27(5): 1266-77.

Suleymanlar, G. vd. 2011. "A Population-Based Survey of Chronic REnal Disease In Turkey--the CREDIT Study". *Nephrology Dialysis Transplantation* 26(6): 1862-71.

Şahin, N. 2016. "Karaciğer ve Böbrek Transplantasyonu Sonrası İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler". Yüksek Lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Şengül, Ş. 2013. "Hipertansiyon bir başarı öyküsüne döndürülebilir mi?" http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre25/Sule_Sengul.pdf.

Tay, M. 2016. "Türkiye'de doku ve organ naklinin önemi". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 3(3): 106-10.

Tomur, A. 2015. "Türkiye'de organ naklinin karşılaştığı tıbbi ve hukuki sorunların belirlenmesi ile organ nakli kalitesinin geliştirilmesi ve bir araştırma". Yüksek Lisans tezi. Beykent Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=LBiikFH5XVxx91t1wLdvEw&no=wiJL33wn9BjiKo3PFi_w1Q.

Tuncer, M, ve L Khorshid. 2018. "Böbrek nakli hastalarında immünoşüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları". *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 1(13): 26-31.

Tütüncü ŞG. 2022. "Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz Yönetim ve İlişkili Faktörler: Karma Yöntem Çalışması". Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.

Ünver, S, ve Ü Yıldız Fındık. 2021. *Organ naklinde immünoşüpresif tedavi ve bakım*. Birinci baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Weng, Francis L vd. 2013. "Prevalence and Correlates of Medication Non-Adherence among Kidney Transplant Recipients More than 6 Months Post-Transplant: A Cross-Sectional Study". *BMC Nephrology* 14(1): 261.

World Health Organization (WHO). 2020. "Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). WHO collaborating center on donation and transplantation." <http://www.transplant-observatory.org>.




Yılmaz, M, ve F Candan. 2016. "Sağlık İletişimi Çerçevesinde Çevrimiçi Destek Grubu İşlevi: "Böbrekle Hayat Bulanlar"". *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 6(3): 803-20.

Yılmaz, M, ve A Karakoç. 2015. "Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi". *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 10(2): 31-38.



Omurga Cerrahisi Hastalarının Ameliyat Öncesi Dönemde Ağrıya Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemlerin İncelenmesi; Nitel Bir Çalışma

Investigation of Complementary and Alternative Methods Used by Spine Surgery Patients for Preoperative Pain; A Qualitative Study

Hatice Oltuluoğlu^{a*}  Runida Doğan^b  Mesut Meşe^{c*} 

^a Öğr. Gör. Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

^b Doç. Dr. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

^c Arş. Gör. İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

ÖZ

Giriş/Amaç: Omurga patolojileri günlük aktiviteleri kısıtlayan, üretkenliği etkileyen ve ekonomik kayıplara yol açan ağrıya neden olabilmektedir. Hastalar ameliyat öncesi dönemde bu ağrıyı gidermek amacıyla tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurmaktadır. Bu çalışma, omurga cerrahisi hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrıya yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Nitel bir çalışma olan bu araştırma, Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi nöroşirürji servisinde yürütüldü. Bu çalışma, ameliyat öncesi ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanan, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 15 hasta ile yapıldı. Araştırmanın verileri yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi ile kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak toplandı. Nicel veriler, sayı, ortalama, standart sapma yüzdelik şeklinde analiz edildi. Nitel veriler ise tematik ve içerik analizi yöntemleri ile değerlendirilerek çalışmanın ana temaları ve alt temaları oluşturuldu.

Bulgular: Katılımcıların %46.6'sı erkek, %53.3'ü kadın olup yaş ortalaması 52.4±15.24'tür. Katılımcıların %93.3'ünün Lomber Disk Hernisi tanısı aldığı ve ağrı ortalamalarının 7.93±2.18 olduğu belirlendi. Bu çalışmada, üç ana tema ve dört alt tema belirlendi. Ana temaları ağrı ile baş etmek için kullanılan yöntemler, yöntemlerin yararlarına yönelik görüşler ve yöntemleri sağlık çalışanları ile paylaşma oluştururken besinsel uygulamalar, beden temelli uygulamalar, memnun kalma ve faydası olmadığını düşünme ise alt temaları oluşturdu.

Sonuç: Bu çalışmadaki tüm katılımcılar, ağrıyı gidermek için birçok geleneksel yöntemi uygulamıştır. Hastaların omurga ağrısına yönelik en fazla deriye sürülen besinsel uygulamaları ve manipülatif ve beden temeline dayalı uygulamaları tercih ettikleri belirlendi. Hastaların çoğunluğunun bu yöntemlerden fayda gördüklerine inandıkları ve kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp yönteminin profesyonel sağlık çalışanları ile paylaşılmadığı belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Ağrı; omurga cerrahisi; ameliyat öncesi; tamamlayıcı alternatif yöntem.

ABSTRACT

Background/Objective: Spinal pathologies can cause pain that limits daily activities, affects productivity and causes economic losses. Patients resort to complementary and alternative treatment methods in order to relieve this pain in the preoperative period. This study was carried out to determine the complementary and alternative treatment methods used by spinal surgery patients for pain in the preoperative period.

Material and Method: This qualitative study was conducted in a university hospital neurosurgery ward between January and February 2023. This study was conducted with 15 patients who used complementary and alternative treatment methods for preoperative pain, met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study. The data of the study were collected by face-to-face in-depth interview method, using a personal information form and a semi-structured questionnaire. Quantitative data were analyzed as numbers, mean, and standard deviation percentages. The main themes and sub-themes of the study were formed by evaluating the qualitative data with thematic and content analysis methods.

Results: 46.6% of the participants were male and 53.3% were female, with a mean age of 52.4±15.24. It was determined that 93.3% of the participants were diagnosed with Lumbar Disc Hernia and their pain average was 7.93±2.18. In this study, three main themes and four sub-themes were identified. While the main themes were methods used to cope with pain, opinions on the benefits of the methods and sharing the methods with health professionals, the sub-themes of nutritional practices, body-based practices, being satisfied and thinking that there was no benefit.

Conclusions: All participants in this study practiced many traditional methods for pain relief. It was determined that the patients mostly preferred nutritional applications applied to the skin and manipulative and body-based applications for spinal pain. It was determined that the majority of the patients believed that they benefited from these methods and that the complementary and alternative medicine method they used was not shared with the professional healthcare professionals.

Keywords: Pain; spine surgery; before surgery; complementary alternative method.

Bu makale 12-14 Temmuz 2023 tarihinde 1. Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Mesut Meşe

E-posta: mesut.mese@inonu.edu.tr

Başvuru/Received: 2 Haziran 2023

Kabul/Accepted: 21 Ağustos 2023

Yayın/Publication Date: 30 Ağustos 2023

1. Giriş

Son yıllarda, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte omurga patolojilerinde bir artış olduğu belirtilmektedir (Derbent vd., 2012; Yagi vd., 2018). Tümör, travma, enfeksiyon, romatizmal problemler, disk patolojileri vb. omurga patolojileri arasında önemli yer tutmaktadır (Derbent vd., 2012; Gorgon vd., 2022). Omurga patolojilerinde bel ve omurganın etrafındaki yapılarda dejenerasyon, hasarlanma, enflamasyon ortaya çıkmakta ve bu durum ağrı ile sonuçlanabilmektedir (Derbent vd., 2012; Gorgon vd., 2022). Yaşanılan bu ağrının hastaların önemli bir bölümü için büyük bir sorun teşkil ettiği, rutin hayatı kısıtladığı, üretkenliği etkilediği ve büyük maliyetlere yol açtığı vurgulanmaktadır (Gorgon vd., 2022; Bruce., 2005).

Cerrahi tedavi birçok omurga patolojisi için kaçınılmaz bir sondur (Derbent vd., 2012) ve cerrahinin klinik sonuçları iyileştirdiği yaygın olarak kabul edilmektedir (Yagi vd., 2018). Fakat hastalar bazen eğitim durumu, sosyal destek eksikliği, kişilik özellikleri, geçmiş olumsuz deneyimler, ameliyat öncesi faktörler, ekonomik kaygılar, işlevselliği kaybetme ve ameliyat sonrası dönemle ilgili kaygılardan (ameliyat sonrası ağrı duyma, anesteziyenin uyanamama ve ameliyat sırasında uyanma vb.) dolayı ameliyat kararını almakta güçlük çekmektedir. Bu süreçte hastalar ortaya çıkan ağrı şikayetiyle başa çıkmak için tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere (TAT) başvurabilmektedirler (Menekli ve Doğan, 2021; Mete ve Avcı Işık, 2020; Sürme ve Çimen, 2022; Taylor vd., 2019; Belfer vd., 2022). Tamamlayıcı ve alternatif tıp, Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından "standart tıbbi tedavilerin dışında kalan çeşitli sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünleri" olarak tanımlanmaktadır (Belfer vd., 2022; Menekli ve Doğan, 2021; Demirci vd., 2012). Günümüzde tüm dünyada kullanılmakta olan TAT; alternatif medikal sistemler (homeopati, veya geleneksel Çin Tıbbı), zihin-beden ilişkisine dayanarak uygulanan tedavi yöntemleri (meditasyon, dua, dans, sanat, müzik), biyolojik temele dayalı tedaviler (bitkisel tedaviler, diyetsel destekler), manipülatif ve beden temeline dayalı tedaviler (şiropatik tıp, masaj), enerji odaklı tedaviler (Ki gong, Reiki, dokunma) olmak üzere 5 ana grup altında sınıflandırılmıştır (Belfer vd., 2022; Menekli ve Doğan, 2021; Demirci vd., 2012). Tüm dünyada yaygın olarak kullanıldığı bilinen TAT yöntemlerinin ülkemizde de % 70-80'lere varan oranda kullanıldığı ve ağrının önde gelen TAT kullanım nedenleri arasında olduğu belirtilmektedir (Taylor vd., 2019; Ay vd., 2019; Karakoç, 2020). ABD'de omurga ağrısı için en yaygın olarak kullanılan TAT tedavilerinin spinal manipülasyon, akupunktur ve masaj olduğu belirtilmekte iken ülkemizde bu tip sorunlar için daha

sık bitkisel tedavilerin kullanıldığı, bunu kupa/masaj/maniplasyon yöntemlerinin takip ettiği belirtilmektedir (Bruce vd., 2005; Ay vd., 2019; Karakoç, 2020; Furlan vd., 2012).

Hastalar, bazen internet üzerinden yaptığı araştırmalarla, bazen yakın çevresinden edindikleri bilgilere göre birtakım tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlere başvuru yoluna gitmekte ve bunların faydalı olacağına inanmaktadır. Hastaların birçoğu, sağlık ekibinin bilgisi dışında kullandıkları bu hizmet veya ürünlerin çeşitli olumsuzlukları (toksikite, ilaç-ilaç etkileşimleri, hazırlanma koşulları, hasat zamanı vb.) beraberinde getireceği bilgisine sahip değildir (Taylor vd., 2019; Karakoç, 2020; Chou vd., 2018). Bununla birlikte; Hastaların TAT kullanımından ne oranda fayda gördüğü ise yöntemlerin toplumlar arasında geleneksel ve yöresel farklılıklar taşımasından dolayı halen netlik kazanmamıştır (Demirci vd., 2012; Serin vd., 2018).

Omurga cerrahisi geçirmek için hastaneye yatan hastaların yaşadıkları ağrı ile ameliyat öncesi dönemde nasıl başa çıktığını, hangi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullandıklarını bilmek şüphesiz sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler için de önemli bir konudur (Chou vd., 2018; Eaves vd., 2015). Hemşirenin hastanın hangi yöntemleri kullandığını bilmesi, sağlık ekibinin diğer üyelerinin de bu konuda bilgi sahibi olmasını sağlayacak ve potansiyel zararların önüne geçilerek bakım kalitesini artıracaktır (Prell vd., 2021; Eccleston vd., 2013; Angelini vd., 2018).

Bu bilgiler ışığında araştırma, omurga cerrahisi geçirmek üzere hastaneye yatan hastaların ameliyat öncesi dönemde kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri araştırmak, yanı sıra, bu yöntemleri kimlerden öğrendiklerini ve bu yöntemlerden yarar görüp görmediklerini tespit etmek amacıyla niteliksel olarak yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, omurga cerrahisi hastalarının ameliyat öncesi dönemde ağrıya yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik araştırma deseni kullanılarak yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir üniversite hastanesinde nöroşirurji servisinde omurga ameliyatı olmayı bekleyen 150 hasta oluşturdu. Örneklem yöntemi olarak amaçlı örneklem yöntemlerinden benzeşik

örnekleme kullanıldı ve örneklem grubunu bu bireyler arasından ameliyat öncesi ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif yöntemler kullanan 15 hasta oluşturdu.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma bir üniversite hastanesi nöroşirurji servisinde Ocak - Şubat 2023 tarihleri arasında veri doygunluğuna ulaşıldığı için yaklaşık bir aylık süreçte yapıldı. Araştırmaya alınma kriterleri ameliyat olmamış, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanan, psikiyatrik tedavi görmüyor olan, iletişime engel bir durumu olmayan ve 18 yaş üstü bireyler araştırmaya dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Literatür çerçevesinde geliştirilen bilgi formu, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, ekonomik durum, tıbbi tanısı, ağrı puanı, ağrının ne zamandan beri yaşandığı, ağrıyı gidermek için kullanılan ilaç gibi sosyodemografik özelliklerin verilerini içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Niteliksel Görüşme Formu: Araştırmada görüşmeye rehberlik etmesi amacıyla araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür taramasından sonra hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır (Kundaklı ve Karaca, 2022; Metin ve Arslan, 2017). Formda hangi TAT yöntemlerini kullandıkları, yöntem kullanma deneyimleri, yöntemlerin yararları ile ilgili düşünceleri, kullanılan yöntemleri sağlık çalışanları ile paylaşmaya yönelik düşüncelerini içeren 7 sorudan oluşmaktadır

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri katılımcılarla yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi ile Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında birinci ve ikinci araştırmacı tarafından toplandı. Görüşmeler tek kişilik odalarda gerçekleştirildi. Görüşmenin kayıt altına alınacağı konusunda katılımcılara bilgi verilip onamları alındı. Görüşmeler sırasında bir araştırmacı görüşmeyi yürütürken diğer araştırmacı yazılı not aldı ve görüşmeleri kayıt etti. Her bir görüşme yaklaşık olarak 20 ila 30 dakika sürdü. Görüşmeler katılımcının gizliliğini en üst düzeyde sağlayacak şekilde araştırmacılar dışında kimsenin olmadığı hasta odasında gerçekleştirildi. Araştırmacı görüşmeler sırasında hastalara yönelik yargısal, telkin edici, yönlendirici olumsuz ifade ve tutumları kullanmaktan kaçındı. Tematik doygunluk sağlanana kadar görüşmelere devam edildi. Cevapların tekrar etmeye başlaması ve araştırmacının belli bir doygunluk

noktasına ulaştığı 15 hastadan sonra veri toplama süreci sonlandırıldı.

Araştırmada Etik Kurallar

Bu araştırma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni ve üniversitenin Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.01.2023 tarihli, 2023/4331 karar numarası ile izni alındı. Araştırmaya katılan bireylerin sözel ve araştırmaya ilişkin olarak bilgilendirilme amacıyla hazırlanan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" ile onamları alınmıştır. Bu form ile katılımcılara, katılımcıların kimliklerinin kod isim kullanılarak gizleneceği ve ses kaydının gizliliği konusunda güvence verildi.

Veri Analizi

Nicel veriler, sayı, ortalama, standart sapma yüzdelik şeklinde analiz edildi. Nitel veriler ise verinin içeriğine ilişkin tekrarlanabilir ve geçerli sonuçlar çıkarmak üzere tematik ve içerik analizi yöntemleri çerçevesinde incelendi (Braun ve Clarke, 2019). Toplanan veriler birinci araştırmacı tarafından ses kayıtları tekrar tekrar dinlendi ve yazılı notlar ile karşılaştırıldıktan sonra her ifade yazılarak metin haline getirildi. Veriler, içerik analizi kullanılarak analiz edildi. Yazılan ifadeler tekrar tekrar okundu, aynı, benzer ve farklı ifadeler gruplandırıldı. Gruplandırılan ifadeler kendi içinde tekrar değerlendirildi ve en çok tekrarlanan ifadeler belirlenerek tümevarımcı bir yaklaşım ile ilk kodları oluşturuldu. Birbiri ile ilişkili kodlar temalar ve alt temalar altında toplanarak isimlendirildi. Verilerin analizi güvenilirliğini arttırmak için, iki araştırmacı tarafından yürütüldü. Araştırmacılar tarafından çalışmanın her aşamasında geçerlik ve güvenilirliği etkileyebilecek durumların kontrolünü sağlamak için çeşitli önlemler alındı (Tablo 1). Araştırmacılar birbirinden bağımsız olarak verilerin kodlarını ve temalarını oluşturdu. Daha sonra bir araya gelerek, yapılan analiz sonucunda elde edilen temalar ve kodlar karşılaştırıldı. Tema ve kodlar arasında farklılık olmadığı tespit edildikten sonra ana ve alt temalar yorumlanmadan okuyucuya sunuldu. İçerik analizinde üç ana tema ve dört alt tema belirlendi (Tablo 2.)

3. Bulgular

Demografik Özellikler

Katılımcıların yaş ortalaması 52.4±15.24, %46.6'sı erkek, %53.3'ü kadın, %40'ı okur yazar %26.2'si Lise mezunu, %93.3'ü Lomber Disk Hernisi tanısı aldığı ve ağrı ortalamaları 7.93±2.18 olarak belirlendi (Tablo 3).

Tablo 1. Çalışmada Alınan Geçerlik ve Güvenirlik Önlemler

Geçerlik		Güvenirlik	
İç Geçerlilik	Dış Geçerlilik	İç Güvenirlik	Dış Güvenirlik
Katılımcılarla uzun süre iletişimde bulunulması	Amaçlı örnekleme yönteminin kullanılması	Ses kaydı ile birlikte not alma tekniği	Veri analizinin sonuç kısmında tartışılması
Katılımcılardan geri bildirim alınması	Veri toplama aracının açıklanması	Araştırmacının rolünün açıklanması	Verilerin analiz sürecinin açıklanması
Doğrudan alıntı yapılması	Verilerin analiz sürecinin açıklanması	Geçerlik ve güvenilirlik önlemlerinin açıklanması	

Tablo 2. Temaların, alt temaların ve kodların dağılımı

TEMALAR	ALT TEMALAR	KODLAR
Ağrı İle Baş Etmek İçin Kullanılan Yöntemler	Besinsel Uygulamalar	Zeytinyağı Lapası Alabalık Masaj Yaptırma Bel Çektirme Hacamat Yaptırma Egzersiz
Yöntemlerin Yararlarına Yönelik Görüşler	Beden Temelli Uygulamalar Memnun Kalma Faydası Olmadığını Düşünme	Para Tuzağı Pişmanlık Korku
Yöntemleri Sağlık Çalışanları ile Paylaşma		Meşguliyet Gerek Görmemek Kendi Sağlığı İçin

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durumu	Öğrenim Durumu	Ekonomik Durumu	Tanı	Ağrıya Verilen Puan
K.1	38	Kadın	Evli	İlkokul	Gelir Giderden Az	LDH	7
K.2	78	Erkek	Evli	Okur/yazar değil	Gelir Giderden Az	LDH+CD H	5
K.3	56	Erkek	Evli	İlkokul	Gelir Giderden Az	LDH/CD H	4
K.4	51	Kadın	Evli	İlkokul	Gelir Gidere Eşit	LDH	10
K.5	43	Kadın	Evli	İlkokul	Gelir Giderden Fazla	LDH	10
K.6	66	Kadın	Evli	İlkokul	Gelir Giderden Az	LDH	9
K.7	27	Erkek	Bekâr	Lise	Gelir Giderden Az	Tethered Kord LDH	9
K.8	40	Erkek	Evli	Ortaokul	Gelir Gidere Eşit	LDH	6
K.9	67	Kadın	Evli	Okur/yazar değil	Gelir Giderden Az	LDH	9
K.10	61	Kadın	Evli	Okur/yazar değil	Gelir Gidere Eşit	LDH	10
K.11	70	Erkek	Evli	İlkokul	Gelir Giderden Fazla	LDH	10
K.12	42	Erkek	Evli	Lise	Gelir Giderden Az	LDH	10
K.13	36	Kadın	Evli	Lise	Gelir Gidere Eşit	LDH	9
K.14	43	Erkek	Evli	Lise	Gelir Gidere Eşit	LDH	6
K.15	68	Kadın	Evli	Okur/yazar değil	Gelir Gidere Eşit	LDH	5

Tema 1. Ağrı İle Baş Etmek İçin Kullanılan Yöntemler

Bu tema, katılımcıların geleneksel yöntemlerini kullanma nedenlerini, kullandıkları geleneksel yöntemlerini ve bu yöntemlere ulaşma şekilleri ile ilgilidir. Katılımcıların tamamı yaşadıkları ağrıyı gidermek için bir umut olarak birçok geleneksel yöntemlere başvurduklarını ifade etmişlerdir. Kullanıcıların on biri birden fazla yöntem kullanmakla birlikte çoğunlukla, masaj(n:10), kupa-hacamat yaptırmak (n:11), bel çektirmek (n:7), egzersiz yapmak(n:6) ve fizik tedavi (n:3) gibi beden temelli yöntemlere başvurduklarını ifade ederken, on katılımcının besinsel karışımlardan, zeytinyağı ile limon ve karabiber karışımı (n=7), kırmızı benekli alabalık ile koyun beyni karışımı (n=2), vicks kremi ile kuyruk yağı karışımı (n=1) yaparak ağrı bölgesine sürdüklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların çoğunluğu bu yöntemleri çevrelerinden, akrabalarından, komşularından ve arkadaşlarından duyduklarını ve onların aracılığı ile uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bazıları dayanılmaz ağrılarını gidermede çaresiz kalmaları nedeni ile kullandıkları beden temelli ve çeşitli besinsel karışımlar ile yaptıkları uygulamalar ile ilgili ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Beden temelli uygulamaya yönelik ifadeler:

K.2:“Ağrım çok oluyordu, yürüyemiyordum. Ağrıma faydası olur diye hareket ettim, zeytinyağı ile masaj yaptırdım, ağrı kesici krem sürdüm, yaki yapıştırdım ama fayda etmeyince komşum bana birinin bel fitiği için hacamat yaptığını ve iyi geldiğini söyledi. Bana söyleyen kendisi gitmiş çok iyi geldiğini söyledi. Onunda ağrısı çoktu yani ona iyi geldi. Bende gittim.”

K.5:“Aniden kilitleniyordum kıpırdıyordum, komşularım, arkadaşlarım bel fitiği için bir adamın bel çektiğini ve iyi geldiğini söylediler. Faydasını sizde görürsünüz dediler. Kitlenince bir çare diye beni götürdüler. Giderken yürüyemedim kucakta götürdüler.”

K.11:“Ağrım olduğunda yürüyemiyordum. Benim bir arkadaşımın vasıtasıyla birine gittim. Kendisi doktor değil ama bu konuda eğitim almış ve eğitim veriyordu. Belim her zaman böyle (çok) ağrıdığına ona giderdim. Beni yatırıp bacaklarımı kendime çekirip belimi oğuşturdu (ovalamak) ve durmadan öksürtüyordu. Ben ona kanbur gidiyordum, doğrulup geliyordum.”

Katılımcıların beden temelli uygulamalar ile birlikte ağrılarını gidermek için bel bölgelerine çeşitli besinsel karışımlar ile yaptıkları uygulamaları şöyle ifade etmişlerdir:

K.6:“Ağrım o karar çoktu ki azmıştı kimse yanıma yaklaşmıyordu beni kucaklayıp indirip kaldırıyorlardı. Bizim orada bir hoca ağrın için zeytinyağına limon

koyup sürün dedi. Zaten ben canımın derdine düşmüştüm yeter ki bu acı biraz geçsin diye bu karışımı yapıp belime sürüp masaj yaptırdım.”

K.8:“O kadar ağrım çoktu ki ağrıyı gidermek, ameliyat olmamak için yapmadığım bir şey kalmadı. Nerdeyse bunun için Diyarbakır'a gidecektik. Kırmızı benekli alabalık ile koyun beyni karıştırıp belime koydum yumuşayınca çektirme yaptırdım. Zeytinyağı ile lapa yaptım, vicks ile kuyruk yağı karıştırıp sürdüm.”

K.9:“Ağrım çoktu. Çevreden çok duyduk ağrımı azalsın diye bi de ameliyat olmamak için millet dedi bende yaptım. Benekli alabalık koydum, zeytinyağı lapası yaptım, kantaron yağı sürdüm. Balık uygulamasını yaptırdıktan sonra bel çektirmesi yaptırıyordum. 4-5 sene devam ettirdim.”

Tema 2. Yöntemlerin Yararlarına Yönelik Görüşler

Birkaç geleneksel yöntemi bir arada kullanan katılımcıların çoğunluğu kullandıkları yöntemlerin (n=5'i beden temelli uygulama, n=5 bitkisel uygulama) geçici olarak ağrılarının azaldığını, dokuz katılımcının beden temelli uygulamalardan memnun kaldıklarını çeşitli nedenlerden dolayı devam edemediklerini, beş katılımcı hiçbir faydasının olmadığını belirtmişlerdir.

Bazı katılımcıların kullandıkları yöntemden memnun kaldıklarına yönelik ifadeleri:

K. 15:“Hacamat yaptırdığımda bana iyi geldi, kötü gelmedi. Hatta ameliyat olmasaydım belki daha fazla gidip yaptırırdım. Ama ameliyat olduğum için gidemedim. Fizik tedavi de çok iyi geldi. Rahatsızlandığım için fiziğe de gitmedim. Ağrılarım oldu ama bir şey olmaz idare ederim, idare ederim dedim. İşte öyle öyle bugüne kadar geldim. Geceye kadar dayanıyordum, saat 1-2 olunca dayanamıyordum o zaman sıcak su torbası koyuyordum ağrım azalıyordu.”

K.11:“Adam hastalanmasaydı gitmeye devam ederdim. Ben ona kanbur gidiyordum, doğrulup geliyordum. 20 sene boyunca bunu yaptırdım adam hastalanınca gidemedim.”

K.9:“Balık uygulamasını yaptırdıktan sonra 4-5 yıl ağrısız yaşadım, zararını da görmedim.”

K.10:“Hareket edince, masaj yapınca, naneli krem sürünce biraz ağrım azaldı. Sıcak taş koyunca yumuşadı ağrı biraz daha azaldı. Ben zamanında belimi çektirmeyi yaptırmadım daha önce yaptırmış olsaydım faydasını görürdüm.”

Bazı katılımcıların kullandıkları yöntemlerinin faydasını olmadığını düşündüğüne dair ifadeleri aşağıdaki gibidir:

K.1:“Masaj iyi geldi öneririm de. Ama bel çektirmenin bir faydası yok. İyicene çekip kötü yaptılar ben bir faydasını görmedim. Gerçi çevremde gidip yaptırılar

ve faydasını görenler çoktu. Ben fayda görmedim. Faydasını gören çok hatta mesela doktora gidip ameliyat olması gerektiğini söyleyenler bellerini çektirince iyileşmişler doktora gittiklerinde ameliyatlık bir şey olmadığını iyisin demiş. Ama bende bir faydası olmadı. Onlar söylediler gidip fayda gördüklerini benim de gitmemi söylediler. Hepsi iyiydi.”

K.2: ‘Hacamatçıya gittiğimde bana hacamat yaptıktan sonra altı, yedi defa gelmen gerekiyor dedi. Ama ben gittiğimde baktım faydası yok. Zaten her gidişinde 300 lira para alıyordu. Dedim bu adam para istiyor 5 defa gitsem faydası olmasa sonra ne yapayım. Bence bu para tuzağı.’

K.13: “Hacamatı daha önce gittiğim doktor söylemişti “çevrende hacamatı duyarsın hacamat yaptırırın, FTR ye gidersin ama bunlar geçici olur, seni belli bir süre faydasını görürsün sonra tekrarlar” demişti. Dediği gibi de oldu. Şimdi pişmanlık duyuyorum. 3 yıl önce doktorum ameliyat olmamı söylediğinde benim ameliyat olmam gerekirdi. Çok geç kaldığımı düşünüyorum. İdare ederim diye düşündüm. Ne zaman ameliyata karar versem birileri karşıma çıkıp aman olma diyordu hep beni böyle durduruyorlardı. Şimdi bile ameliyat olacağımı duyanlar aman olma diyorlar. Ama artık kimseyi dinlemeyeceğim. Bu can benim ben artık dayanamıyorum. Kimseyi dinlemeyeceğim.”

K.4: “Zeytinyağı ve kantaron yağı yumuşatıp rahatlatıyordu. Sabah kalkınca ağrı benimle birlikte kalkıyordu, kısa süreli rahatlatma vardı.”

K.6:“Kızımın eşinin bir akrabası geldi bana “ teyze bunu sürme biz anneme sürdük pişman olduk annemin bel kemiği eğri oldu, sonunda hastaneye gidip platin taktırdık” dedi. Bende korktum onu da bıraktım, Görümcem hocaya gitmiş “kalça kemiğinin topuz kısmı yerinden çıkmış ben onu yerine koydum” demiş. Kadın daha beter olmuş. Boyun fitiği için gidecektim ama korktum gitmedim. Ağrılara dayanamayınca buraya geldim.”

K.8: “Balık ile koyun beynini karıştırıp sürdükten sonra belimi çektirdiğim zaman başta rahattım daha sonra yine aynı. İlk bir sene rahattım ama bu son zamanlarda hiç faydası olmuyordu, bir saat bile ağrıyı dindirmiyordu Hepsi boş, para tuzağı hepsi. Hastaneye gitmeleri en uygundur.”

Tema 3.Yöntemleri Sağlık Çalışanları ile Paylaşma

Katılımcıların çoğunluğu (n=10) yaptıkları uygulamaları sağlık çalışanları ile paylaşmadıklarını, bu katılımcılardan altısı çalışanları bu konu ile ilgili soru sormadıkları, üçünün söylemeye gerek duymadığı, birinin hekim tarafından tersleneceğini düşündüğü için söylemedikleri belirlendi. Bu katılımcıların aksine beş katılımcı kendi sağlıkları için bu yöntemlerin hekimlere söylenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

K.8: “Söylemedim çünkü onlar sormadılar bende söylemedim. Ama onlar (doktorlar) çok yoğun sizin gibi sorsalardı söyledik.”

K.14: “Sağlık çalışanlarına ben bir şey demedim. Fazla herhangi bir şey uygulamadığım için söylemedim. Söylersem Dr. Sen daha mı iyi biliyorsun der tersler.”

K.5: “Sağlık çalışanlarına kendi sağlığım açısından söylemem gerektiğini düşünüyorum. Ona göre bana tedavi yaparlar. Doğru bilgi verirsem neden olduğunu bilirler.”

K.6: “Sağlık çalışanlara evde yaptığımızı söylemem gerekiyor faydası var mı yok mu, öneriyorlar mı bunu bize söylerler”.

K.15: Sağlık çalışanlarına söylemek lazım bence. Yaptıklarımı söyleseydim bilgisi olurdu, doğrumu yoksa yanlış mı yaptığımı bana söylerdi. Yol gösterirdi bilseydi”.

4. Tartışma

Omurga ağrısından muzdarip bazı kişilerin özellikle yaşadıkları ağrı şikayeti nedeniyle TAT yöntemlerine başvurduğu bilinmektedir (Ghildayal vd., 2016; Ng ve Mohiuddin, 2020).

Bu araştırmada da omurga cerrahisi hastalarının ameliyat öncesi dönemde ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Yapılan bu araştırmada hastaların daha çok tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerinden deriye sürülen besinsel uygulamaları (Zeytinyağı Lapası, Alabalık) ve manipülatif ve beden temeline dayalı uygulamaları (Masaj Yaptırma, Hacamat Yaptırma, Bel Çektirme, Egzersiz) tercih ettikleri belirlendi. Türkiye’de yapılan nicel bir araştırmada kronik bel ağrısı yaşayan bireylerin en fazla kullandıkları yöntemlerin kaplıcaya gitmek (%73.5), masaj yapmak (%71.4), bitkisel tedavi kullanmak (%61.2) ve dua etmek (%59.2) olduğu belirlenmiştir (Karadağ vd., 2016).Bel ağrısı yaşayan hastaların incelendiği bir başka araştırmada tıbbi olmayan yöntemlere başvuru sıklığı açısından hastaların yaklaşık üçte biri masaj yaptırdığını belirtmiştir (Balcioğlu vd., 2017).Farklı yöntemlerle uygulanabilen masaj, refleks ve mekanik etkiyle kas içiçti etkinliğini inhibe ederek veya geniş duysal afferent fibrilleri stimule ederek, relaksasyonu ve sirkülasyonu arttırarak ağrıyı azaltmaktadır. Furlan ve ark masajın etkinliğini araştırdığı sistematik derlemede masajın bel ağrısı tedavisinde uzun ve kısa dönemde ağrı ve fonksiyonel sonuçlar üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Furlan vd., 2015). Benzer şekilde kupa-hacamatın kronik boyun veya bel ağrısı tedavisinde ilaçlardan daha etkili olabileceği öne sürülmüştür (Yuan vd.,2015). Kronik boyun ve omuz ağrısının giderilmesine yönelik yapılan bir çalışmada kupa-hacamat uygulanan hastaların kontrol grubuna kıyasla etkili bir rahatlama sağladığını saptanmıştır (Chi vd., 2016). Kupa-hacamatın vazodilatasyona

neden olduğu, kan dolaşımını hızlandırdığı, kas tonusunu azalttığı, spinalkord ve serebral korteks düzeyinde endorfin ve enkefalin gibi opiyatların salınımını artırarak ve ağrı transmisyonunu inhibe ederek analjezik etki gösterdiği rapor edilmektedir (Okumuş, 2016). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ağrı kontrolü için çoğunlukla kupa-hacamat kullanıldığı bildirilmektedir (Babayiğit vd., 2021; Okyay ve Koçyiğit, 2018; Kılıç vd., 2023). Bu araştırmanın sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Beden temelli uygulamaların yanı sıra düşük maliyetli ve kolay ulaşılabilir olması, yan etkisinin seyrek görülmesi ve daha doğal olmaları nedeniyle bitkisel uygulamalar da ağrı gidermede yaygın olarak kullanılmaktadır (Talhaoğlu, 2021). Literatürde bel ağrısında bitkisel yöntem kullanma oranları değişmekle beraber çoğunlukla bu yöntemi kullanma oranları yüksek olarak belirlenmiştir (Karadağ vd., 2016; Kavadar vd., 2017; Ghildayal vd., 2016). Bitkisel yöntemlerden zeytinyağı ile yapılan karışımların ve balığı ağrıyan bölge üzerine koymanın Anadolu'da bel-omurga ağrısı için en çok tercih edilen yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir (Konak ve Aktar, 2010). Bu araştırmanın sonucu literatür bilgileriyle paralellik taşımaktadır.

Kullanılan TAT yöntemlerinin yararlarına yönelik görüşler incelendiğinde 5 katılımcının bu yöntemlerin bir faydasının olmadığını/para tuzağı olduğunu düşündüğü, kullanmaktan pişmanlık duyduğu ve korku yaşadığı belirlendi. Bununla birlikte birkaç geleneksel yöntemi bir arada kullanan katılımcıların çoğunluğunun kullandıkları yöntemlerin geçici olarak ağrılarını azalttığını ve 9 katılımcının beden temelli uygulamalardan memnun kaldığı fakat çeşitli nedenlerden dolayı devam edemedikleri belirlenmiştir. Öyle ki yukarıda da belirtildiği gibi masaj uygulamasının geçici bir rahatlama sağladığı vurgulanmaktadır (Can vd., 2020). Hastaların TAT kullanımından ne oranda fayda gördüğü konusunda toplumlar arasında geleneksel ve yöresel farklılıklar taşıması nedeniyle halen bir netlik olmadığı görülmektedir (Demirci vd., 2012; Serin vd., 2018; Tsang vd., 2017). Okyay ve ark yaptıkları çalışmada bireylerin %41.4'ünün tamamen ve %50.9'unun kısmen fayda gördüklerini ifade etmişlerdir (Okyay ve Koçyiğit, 2018). Öte yandan 2012 yılında yapılan bir sistematik derlemede omurga ağrısı için kullanılan yöntemlerden birinin diğerine üstünlük göstermediği ve plesebo ile arasında önemli bir farklılık olmadığı ve bu konuda daha çok çalışma yapılması önerilmiştir (Furlan vd., 2012). Omurga cerrahisine yönelik yapılan çalışmalarda Kılıç ve ark yaptığı çalışmada TAT kullanan katılımcıların %19.4 'ünün fayda gördüğü, %75'inin fayda görmediği, %5.6'sının daha kötüleştiği görülmüştür (Kılıç vd., 2023). Karadağ'ın yaptığı çalışmada TAT kullanan katılımcıların % 85.7'sine yarar sağladığı, % 14.2'sinde ise zarar ve yararının olmadığı bulunmuştur (Karadağ vd., 2016). Ghildayal ve ark yaptığı çalışmada ise TAT kullanan hastaların

%58.1'inin tamamen, %29.1'inin kısmen yarar sağladığı (Ghildayal vd., 2016) saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Hastaların kullandıkları TAT yöntemlerini sağlık çalışanları ile paylaşma durumu incelendiğinde çoğunluğun yaptıkları uygulamaları sağlık çalışanları ile paylaşmadıkları görülmüştür. Literatürde de hastaların birçoğunun kullandıkları TAT yöntemini sağlık çalışanları ile paylaşmadıkları belirtilmektedir. Oysaki kullanılan yöntemlerin toksisite, ilaç-ilaç etkileşimleri, hazırlanma koşulları vb. konularda sorunları beraberinde getireceği bilinmektedir (Taylor vd., 2019; Karakoç, 2020; Chou vd., 2018). Örneğin; antikoagülanlar, antitrombotikler, kardiyovasküler ilaçlar, immunosüpresan ilaçlar, sedatifler, antidepresanlar, statinler, antikanser ilaçlar, anti-HIV ilaçların bitkisel ürünlerle etkileşime giren ilaçlar arasında olduğu bilinmektedir. Bitkisel ürün ve ilaç etkileşmelerinin mekanizmasında ilaç-ilaç etkileşmelerinde olduğu gibi farmakodinamik ve farmakokinetik etkileşmeler rol oynar. Bitkisel ürünler ilaçlar arasındaki farmakodinamik etkileşmeler antagonistik etki ile ilacın etkisinde azalmaya ve tedavi yetersizliğine veya aditif ve sinerjistik etki ile ilacın etkisinde artışa, yan etki ve toksik etki görülmesine neden olabilir. Bitkisel ürünler birlikte verildiği ilaçların emilimini, dağılımını, metabolizmasını ve böbrekten atılımını değiştirmek suretiyle farmakolojik etkilerini azaltabilir, yan etki veya toksik etki görülme potansiyellerini artırabilir (Kalkan, 2017). Sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalıklarının artırılması ve özellikle hastanın kliniğe kabulü sırasında kullandığı herhangi bir TAT yöntemi olup olmadığı sorgulanmalıdır.

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin tek bir merkezden toplanması nedeniyle evrene genellenememesi ve çalışmanın nitel türde olması nedeniyle nicel tasarımlarına kıyasla kesin sonuçlara ulaşılamaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

6. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada hastaların omurga ağrısına yönelik en fazla deriye sürülen besinsel uygulamaları (Zeytinyağı Lapası, Alabalık) ve manipülatif ve beden temeline dayalı uygulamaları (Masaj Yaptırma, Hacamat Yaptırma, Bel Çektirme, Egzersiz) tercih etmeleri, çoğunluğunun yöntemlerden yarar gördüğünü düşündükleri ve yine büyük bir bölümünün kullandıkları TAT yönteminin sağlık çalışanları ile paylaşmadıkları belirlenmiştir. Tamamlayıcı uygulamalar, genel anlamda standart tedaviye destek olarak semptom kontrolünü sağlayan, hastaların iyilik halini ve bakımını güçlendiren yaklaşımlardır ve tüm dünyada giderek artmaktadır ve omurga ağrısı tedavisinde giderek fazla yer aldığı ve kullanımının yaygınlaştığı görülmektedir (Yaraşır vd., 2018; Samancı vd., 2023). Bu nedenle toplumun bu konuda

bilinçlendirilmesi, sağlık çalışanlarına tat konusunda hizmet içi eğitimler verilmesi önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Yazarlık Katkısı: HO: Veri toplama, Veri işleme, Analiz ve Yorum, Kaynak tarama, Makalenin Yazımı, Eleştirel kontrol; RD: Fikir/kavram, Tasarım, Kaynak tarama, Makalenin Yazımı, Eleştirel kontrol; MM: Veri toplama, Makalenin Yazımı, Eleştirel kontrol.

Teşekkür: Yazarlar, bu çalışmaya katılan katılımcılara teşekkür eder.

Kaynaklar

Angelini, E., Wijk, H., Brisby H., & Baranto, A. (2018). Patients' experiences of pain have an impact on their pain management attitudes and strategies. *Pain management nursing*, 19(5), 464-473. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.02.067>

Ay, S., Sonel Tur, B., & Evcik, D. (2019). Kas iskelet sistemi hastalıklarında sık uygulanan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 20(3), 147-156.

Babayiğit, M., Babayiğit, M. A., Honca, M., Koşar, B., & Özayar, E. (2021). Knowledge, attitude and behaviors on traditional and complementary medicine practices among our patients with chronic pain complaints. *J Tradit Complem Med*, 4(2), 210-8. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2020-80884>

Balcıoğlu, H., Ünlüoğlu, İ., & Bilgin, M. (2017). Aile hekimliği polikliniğine mekanik bel ağrısı nedeni ile başvuran hastaların tercih ettikleri tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(2), 119-126. <https://doi.org/10.17098/amj.302448>

Belfer, I., Chen, W., Edwards, E., Shurtleff, D., & Langevin, H. (2022). Complementary and integrative approaches for pain relief. *Clinical Pain Management: A Practical Guide*, 291-303. <https://doi.org/10.1002/9781119701170.ch28>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. *SN Şad, N. Özer ve A. Atli (Çevirenler). Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi–Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898. <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.17m>

Bruce, B., Lorig, K., Laurent, D., & Ritter, P. (2005). The impact of a moderated e-mail discussion group on use of complementary and alternative therapies in subjects with recurrent back pain. *Patient education and counseling*, 58(3), 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.012>

Can, H., Çolak, T. K., & Acar, G. (2020). Nonspesifik bel ağrısında konservatif tedavi yaklaşımları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-14.

Chi L. M., Lin L. M., Chen C. L., Wang S. F., Lai, H. L., & Peng, T. C. (2016). The effectiveness of cupping therapy on relieving chronic neck and shoulder pain: a randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/7358918>

Chou, L., Ranger, T. A., Peiris, W., Cicuttini, F. M., Urquhart, D. M., Briggs, A. M., & Wluka, A. E. (2018). Patients perceived needs for allied health, and complementary and alternative medicines for low back pain: a systematic scoping review. *Health Expectations*, 21(5), 824-847. <https://doi.org/10.1111/hex.12676>

Demirci, G. T., Altunay, İ., Küçükunal, A., Mertoğlu, E., Sarıkaya, S., Atış, G., & Ateş, B. (2012). Deri hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıbbi yöntem kullanımı ve hastalar üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri. *Turk J Dermatol*, 6, 150-4. <https://doi.org/10.5152/tdd.2012.32>

Derbent, A., Yılmaz, B., & Uyar, M. (2012). Omurga cerrahisi sonrası kronik ağrı. *Ağrı Dergisi*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.5505/agri.2012.49368>

Eaves, E. R., Sherman, K. J., Ritenbaugh, C., Hsu, C., Nichter, M., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2015). A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0531-9>

Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. D. C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 59-63. <https://doi.org/10.1093/bja/aet207>

Furlan, A. D., Yazdi, F., Tsertsvadze, A., Gross, A., Van Tulder, M., Santaguida, L., Gagnier, J., Ammendolia, C., Dryden, T., Doucette, S., Skidmore, B., Daniel, R., Ostermann, T., & Tsouros, S. (2012). A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/953139>

Furlan, A. D., Giraldo, M., Baskwill, A., Irvin, E., & Imamura, M. (2015). Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(9), CD001929.

Ghildayal, N., Jo Johnson, P., Evans, R. L., & Jo Kreitzer, M. (2016). Complementary and alternative medicine use in the US adult low back pain population. *Global advances in health and*

medicine, 5(1), 69-78.
<https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.104>

Gorgon, E., Maka, K., Kam, A., Nisbet, G., Sullivan, J., Regan, G., Pourkazemi, F., Lin, J., Mohamed, M., & Leaver, A. (2022). Needs assessment for health service design for people with back pain in a hospital setting: A qualitative study. *Health Expectations*, 25(2), 721-731.
<https://doi.org/10.1111/hex.13419>

Kalkan, Ş. (2017). Bitkisel ürünlerle tedavilerde ilaç etkileşimleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg*, 31(1), 49-58.

Karadağ, M., Çalışkan, N., & Sarıtaş, S. (2016). Kronik bel ağrısı olan hastaların kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(2), 14-27.

Karakoç, M. D. (2020). Onkoloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(1), 69-80.
<https://doi.org/10.31362/patd.640488>

Kavadar, G., Demircioğlu, D. T., Can, H., Emre, T. Y., Civelek, E., & Senyigit, A. (2017). The clinical factors associated with benefit finding of complementary medicine use in patients with back pain: A cross-sectional study with cluster analysis. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 30(2), 271-277.
<https://doi.org/10.3233/BMR-150470>

Kılıç, G., Polat, Ö., & Eşbah, A. Ü. (2023). Cerrahi tedavi planlanan lomber disk hernisi hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tıp tekniklerinin kullanımı: Anket çalışması. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 67-72.
<https://doi.org/10.33631/sabd.1185197>

Konak, A., & Aktar, O. (2010). Medikal antropoloji çerçevesinde Tunceli/Ovacık'ta geleneksel sağaltma yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 33(2), 156-187.

Kundakcı, N., & Karaca, A. (2022). Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalara bakım verenlerin hastalığa verdikleri anlam ve kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 318-329.
<https://doi.org/10.33631/sabd.1115276>

Menekli, T., & Doğan, R. (2021). Complementary and integrative medicines methods used by internal medicine and surgical clinic nurses during the COVID-19 pandemic. *Progress in Health Sciences*, 11, 66-74.
<https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.9282>

Mete, Z., & Avcı Işık, S. (2020). Determination of the relationship between surgical fear levels and postoperative pain levels in patients undergoing total knee prosthesis surgery. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 12(3).
<https://doi.org/10.5336/nurses.2019-73129>

Metin, Z. G., & Arslan, İ. E. (2017). Diyabetli hastaların periferik nöropatik ağrı ile baş etme biçimleri: Nitel bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Dergisi, 10(3), 182-193.
<https://doi.org/10.26559/mersinsbd.315370>

Ng, J. Y., & Mohiuddin, U. (2020). Quality of complementary and alternative medicine recommendations in low back pain guidelines: a systematic review. *European Spine Journal*, 29, 1833-1844.
<https://doi.org/10.1007/s00586-020-06393-9>

Okumuş, M. (2016). Kupa tedavisi ve hacamat. *Ankara Med J*, 2016(4), 370-82
<https://doi.org/10.17098/amj.68279>

Okyay, R. A., & Koçyiğit, B. F. (2018). Ağrısı olan hastalarda tamamlayıcı tıp kullanımının değerlendirilmesi: üçüncü basamak bir hastaneden tanımlayıcı bir çalışma. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (3), 603-610.
<https://doi.org/10.31832/smj.451801>

Prell, T., Liebermann, J. D., Mendorf, S., Lehmann, T., & Zipprich, H. M. (2021). Pain coping strategies and their association with quality of life in people with parkinsons disease: A cross-sectional study. *Plos one*, 16(11), e0257966.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257966>

Samancı, R., Erdem Sultanoğlu, T., Kaya, A., & Ataoğlu, S. (2023). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumları: Kesitsel bir araştırma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 29-34.
<https://doi.org/10.33631/sabd.1095050>

Serin, E. K., Durmaz, Y. Ç., & Dogan, R. (2018). Dance of energy and breath: "Qigong" and diabetes. *life*, 3, 19-21.
<https://doi.org/10.21276/apjhs.2018.5.2.15>

Sürme, Y., & Çimen, Ö. (2022). Preoperative surgical fear and related factors of patients undergoing brain tumor surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(6), 934-938.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.04.006>

Talhaoğlu, D. (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1), 16-29.
<https://doi.org/10.53445/batd.945893>

Taylor, S. L., Hoggatt, K. J., & Kligler, B. (2019). Complementary and integrated health approaches: what do veterans use and want. *Journal of general internal medicine*, 34, 1192-1199.
<https://doi.org/10.1007/s11606-019-04862-6>

Tsang, V.H.M., Lo P.H.W., Lam F.T., Chung, L.S.W., Tang, K.Y., Lui, H.M., Lau, Ü.T.G., Yee, H.F., Lun Y.K., Chan, H.T., & Cheung, J.P.Y. (2017). Bel ağrısı için tamamlayıcı ve alternatif tıp algısı ve kullanımı. *J Orthop Surg*, 25(3).

Yagi, M., Fujita, N., Okada, E., Tsuji, O., Nagoshi, N., Tsuji, T., Asazuma, T., Nakamura, M., Matsumoto, M., & Watanabe, K. (2018). Impact of frailty and comorbidities on surgical outcomes and complications

in adult spinal disorders. *Spine*, 43(18), 1259-1267.
<https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002596>



Yaraşır, E., Pirinçci, E., & Deveci, S. E. (2018). Bel ağrısında tamamlayıcı ve alternatif tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 93-108.
<https://doi.org/10.17827/aktd.342583>

Yuan QL, Guo TM, Liu L., Sun, F., & Zhang Y. (2015). Boyun ağrısı ve bel ağrısı için geleneksel Çin tıbbı: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *PLoS One*, 210 (2):1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117146>



Ethics in Terminal Palliative Care: A Nursing Perspective

Terminal Palyatif Bakımda Etik: Bir Hemşirelik Perspektifi

Kemal Elyeli^{a*}  Samineh Esmaeilzadeh^b 

^a PhD(c)., Near East University, Faculty of Nursing, Department of Public Health Nursing, Nicosia, Northern Cyprus

^b Assist. Prof., Near East University, Faculty of Nursing, Department of Mental Health and Illness, Nicosia, Northern Cyprus

ABSTRACT

Background/Objective: The World Health Organization defined palliative care as follows: "Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psycho social and spiritual." Palliative care can be defined as a multidisciplinary approach to control the symptoms of terminal illness, increase the quality of life, and provide psychosocial support to patients and their families. Terminal diseases are incurable, progressive and life-threatening diseases. The goals of palliative care are to increase the quality of life of patients, to control symptoms, to provide psychosocial support and to support families. Palliative care services can provided to children, adults and elderlies and who patients with terminal diseases such as cancer patients, advanced heart, lung and kidney diseases. These services are provided in accordance with the needs of patients and their families and are carried out with a multidisciplinary approach. An important part of this approach is the participation of nurses. In this process, the ethical responsibilities of nurses are very important. Nurses should provide the medical and psychological care needed to ensure the best possible quality of life in the patient's last days according to ethic codes. The aim of this review is to examine the issue of palliative care in terminal patients and ethical approaches in this regard from a nursing perspective in the light of current literature.

Conclusions: It is important that nurses, who spend the most time with patients and represent the most focused group of professionals in the health care team, are an integral part of palliative care. Therefore, it is important to provide care especially considering the ethical principles of the care receiver. Also for nurses to approach ethical and palliative care principles in order to increase the quality of life of the patient, to approach the patient's pain in a sensitive way, to respect the patient's autonomy and to provide psychological support in the last period of the patient.

Keywords: Ethic; palliative care; terminal care.

ÖZ

Giriş/Amaç: Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı şu şekilde tanımlamıştır: "Palyatif bakım, ağrının ve fiziksel, psiko-sosyal ve manevi diğer sorunların erken teşhisi ve kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla yaşamı tehdit eden hastalıkla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır." Palyatif bakım, ölümcül hastalık semptomlarını kontrol altına almak, yaşam kalitesini artırmak, hasta ve ailelerine psikososyal destek sağlamak için multidisipliner bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Ölümcül hastalıklar tedavi edilemez, ilerleyici ve yaşamı tehdit eden hastalıklardır. Palyatif bakımın amaçları, hastaların yaşam kalitesini artırmak, semptomları kontrol altına almak, psikososyal destek sağlamak ve aileleri desteklemektir. Palyatif bakım hizmetleri, kanser hastaları, ileri derecede kalp, akciğer ve böbrek hastalıkları gibi ölümcül hastalığı olan hastalara, çocuklara, yetişkinlere ve yaşlılara verilebilmektedir. Bu hizmetler hasta ve ailelerinin ihtiyaçları doğrultusunda sunulmakta ve multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmektedir. Bu yaklaşımın önemli bir parçası hemşirelerin katılımıdır. Bu süreçte hemşirelerin etik sorumlulukları oldukça önemlidir. Hemşireler, etik kurallara göre hastanın son günlerinde mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamak için gereken tıbbi ve psikolojik bakımı sağlamalıdır. Bu derlemenin amacı terminal dönemdeki hastalarda palyatif bakım konusunu ve bu konudaki etik yaklaşımları güncel literatür ışığında hemşirelik perspektifinden incelemektir.

Sonuç: Hastalarla en fazla zaman geçiren ve sağlık ekibinde en fazla odaklanılan profesyonel grubu temsil eden hemşirelerin palyatif bakımın ayrılmaz bir parçası olması önemlidir. Bu nedenle, özellikle bakım alan kişinin etik ilkeleri dikkate alınarak bakım verilmesi önemlidir. Ayrıca hemşirelerin hastanın yaşam kalitesini artırmak için etik ve palyatif bakım ilkelerine yaklaşımları, hastanın ağrısına duyarlı bir şekilde yaklaşması, hastanın özerkliğine saygı duyması ve son dönemde psikolojik destek sağlaması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Etik; palyatif bakım; terminal dönem bakımı.

1. Introduction

Palliative Care

Palliative care is the care given to alleviate the physical and psychological suffering of patients and their families and also to improve the quality of life in the early stages of diagnosed illness (Hallenbeck, 2022). The World Health Organization defined palliative care as follows: "Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psycho social and spiritual" (WHO, 2020). Palliative care is best implemented and recommended at the early stage of illness, the time of illness diagnosis, and the onset of symptoms. It is a resource for anyone living with terminal illnesses like cancer, dementia, Parkinsons' disease, heart failure, etc. sometimes palliative care leads to hospice care if a health professional believes a patient is likely to die within a time frame (Avati et. al., 2018).

This gives the definition of hospice care which is the care given at the end of life. And it focuses on the care, comfort, and quality of life of a person with a serious illness that is about to die. This draws the difference between Palliative care and Hospice care (Mo et. al., 2021). According to WHO, 56.8 million people need palliative care, most of whom live in low- and middle-income countries (WHO, 2020). Palliative care needs to be provided in accordance with universal health coverage and it should be integrated to whole care. It involves a lot of services and is delivered by healthcare professionals. It also varies from one country to another and it also varies according to the diagnosis of the patient. Because there are different types of palliative care example, palliative care wounds (Groeneveld et. al., 2017). In palliative care, healthcare professionals are available to help manage physical symptoms such as pain and alleviate stress, anxiety, and depression. The team that makes up the healthcare professionals in palliative care; doctors, nurses, advisors, nutritionists, financial advisors, and social workers in hospitals, outpatient clinics, homes, and nursing homes (Schroeder & Lorenz, 2018).

Palliative Care in Nursing

The main purpose of palliative care is to reduce physical, psychosocial and spiritual pain with a holistic perspective. In this context, nurses, who are the occupational group that spends the most time with the individual among health professionals and aim to provide care with a holistic perspective, need to comprehensively evaluate and care for individuals in

palliative care units (Harden et. al. 2017). In palliative care, the care that nurses will give varies and differs according to the needs of the individual. Nurses undertake important responsibilities during palliative care. These responsibilities can be explained under the three main headings of nursing as a professional group of care, management and education (Sekse et. al., 2018).

As caregivers, nurses meet and care for individuals' daily care and needs by supporting, guiding or completely eliminating them. These include important issues such as prevention and reduction of bed dependence, maintenance and maintenance of hygiene, nutritional support, pain management and symptom control (Kavalieratos et. al., 2016). In this respect, nurses aim to provide holistic care in order to reduce the physical pain of individuals, provide social support and manage mental pain during care, and to provide multidisciplinary care by collaborating with other disciplines (Hui et. al., 2018).

In terms of management, nurses work together with other health workers. In this respect, it manages the care plan of individuals, follows the applied treatment plan and provides cooperation. Another important point is that in terms of management, nurses have important management skills such as noticing the concerns of individuals and their families, helping to establish healthy communication and having a say in decision-making processes for individuals (Smith et. al. 2020).

As educators, which are very important and make a difference in nursing, nurses provide education to individuals and families about what they need and how to protect and regain their health. In terms of palliative care, nurses inform individuals and their families about palliative care, explain treatment possibilities and methods, and help individuals and families play an active role in the care process (Hagan et. al., 2018). On the other hand, nurses provide training and guidance on palliative care not only to individuals and families, but also to professionals involved in health care, by providing the most up-to-date information and thus contributing to raising the standards of care (Saylor et. al., 2016).

Ethical Dilemmas in Nursing

Nurses working in the clinic may encounter various ethical dilemmas, problems and problems during their working time. These ethical issues and problems require nurses to act in order to take and implement the right decisions by considering ethical values in the care process (Haahr et. al., 2020). Among the ethical issues that should be considered first and essential in health care, patient privacy and respect for

confidentiality items come to the fore. Nurses working in the clinic should be extremely careful about accessing and sharing the personal and medical information of the patients they care for. This is important in order to prevent negative consequences that may occur both legally and ethically, and to maintain the trust relationship between the patient and nurse (Barlow et. al., 2018). Another ethical dilemma concerns patient autonomy and ethical decision-making. Patients should play an active role in making decisions about treatment processes and treatment decisions. However, at times, nurses may be concerned about patients' individual decisions to refuse treatment or to make choices that have negative consequences for their health. In this regard, nurses should support making the best possible decision by using their educator and advisory role effectively (Suhone et. al., 2018). On the other hand, nurses need to be with patients in order to protect their safety and well-being. Coping with the pain felt by the patients that nurses care for and determining the limits of medical treatment are also ethically important. For this reason, nurses have to take decisions in accordance with ethical values by preventing unnecessary and unnecessary interventions, with the awareness that sometimes the treatments can cause pain and discomfort to the patients they care for (Rainer et. al., 2018). In some cases, nurses try to make fair and correct decisions by staying between the wishes of the patients and their own ethical values. For this reason, the low number of nurses and the heavy workload on nurses in the clinical environment may further complicate this process that nurses experience in terms of ethical decision making. Not being able to spare enough time for their patients and the workload pressure on nurses can lead to the risk of a decrease in the quality of care given by nurses to their patients (Haahr et. al., 2020). For this reason, it is important to make ethical decisions quickly and accurately by nurses and to make ethical decisions that will maintain the well-being of patients. In order to find solutions to the ethical dilemmas and problems they experience in the clinic, nurses should consult education and counseling resources on ethical decision making, which is of great importance, especially at the undergraduate level. On the other hand, it is very important in terms of ethical dilemma that nurses provide quality and humane patient care by making decisions in accordance with ethical values with their professional experience gained over the years (Abdelhadi et. al., 2020).

Concept of Ethic and Ethic Codes in Palliative Care

Evaluating and analysing the correctness and incorrectness of the behaviour of individuals towards

each other is defined as "ethics". As another definition, ethics is a discipline that determines moral values and norms, guides people between right and wrong, and creates unwritten rules (Stievano & Tschudin, 2019).

There are many different theories and approaches within the concept of ethics. These include various philosophical subheadings such as deontology, virtue ethics, and moral relativism. Deontology is an approach in which the right or wrong of actions are evaluated and decided upon (Butts & Rich, 2022). Virtue ethics, on the other hand, emphasizes virtuous character traits and states that virtuous people exhibit right behaviors. Moral relativism, on the other hand, argues that right and wrong are relative concepts and can vary according to personal, cultural or historical contexts (Grace & Uveges, 2022).

Ethics is applied and takes place in many areas from personal life to social level in all environments where people exist. While ethics in the business world includes values such as honesty, fair behavior, transparency and responsibility, medical ethics advocates that physicians and nurses should respect their patients and their rights, protect privacy and provide the best healthcare (Kucukkelepce et al., 2020).

The concept of ethics is a concept that determines the responsibilities of nurses towards their patients. Ethical responsibilities of nurses include respecting patients' autonomy, ensuring justice, working for the well-being of patients, protecting patients' privacy and ensuring the safety of healthcare services (Butts & Rich, 2022).

Palliative care requires a range of medical interventions to alleviate the patient's pain and distress. Among the ethical responsibilities of nurses, there are concepts such as approaching patients' pain in a sensitive way, ensuring the safety of medical interventions and focusing on the well-being of the patient. Nurses also work to protect the patient's autonomy and privacy (Grace & Uveges, 2022).

There are several of medical issues and ethical dilemmas that arise in providing palliative care as such good understanding of medical ethics will contribute to the health professionals decision-making and day-to-day practice. Ethics simply means the "rightness" or "wrongness" of human behaviour. It is the study of moral values and judgements which provides guidelines and codes for health care providers as for their duty, responsibility and conduct (Haahr et. al., 2020).

There are ethical principles that will guide practices and protect patient rights while providing health care

in the field of nursing. These principles are the principles that should be considered while giving care to individuals and shed light on care. In this direction, the principle of doing no harm comes first (Pesut et al., 2020). This principle requires nurses to prevent harming vulnerable individuals. The principle of beneficence involves nurses working actively to benefit individuals with a holistic perspective. The principle of autonomy emphasizes and highlights the right of nurses to make decisions about their own care and choices, even if they disagree with the individual they care for. The principle of justice upholds the right of all individuals to receive equal treatment and care without any judgment or discrimination (Suhonen et al., 2018). The principle of confidentiality obliges all information and personal data to be kept confidential and not shared with other third parties, except where the harm to individuals is stated or permitted. The principle of loyalty forms the basis of accountability in nursing. The principle of veracity refers to the establishment of trust between the individual and the nurse (Grace & Uveges, 2022). Finally, among the ethical principles, the principle of accountability emphasizes that nurses are responsible for both their care and behavior towards individuals and their behaviors towards their colleagues. These ethical principles provide a framework for ethical decision-making and objective care in nursing practice and care (Gastmans, 2013).

2. Conclusion and Recommendation

First and foremost, it's critical to understand that palliative care is a comprehensive method of treatment that attends to the physical, mental, social, and spiritual requirements of patients with terminal diseases, as well as those of their loved ones and caretakers. It is founded on the patient-centred care ideals, which place a strong emphasis on the worth of patient autonomy, dignity, and regard for their values and beliefs. It is important that nurses, who spend the longest time with patients and constitute the most crowded occupational group of the health care team, are essential in palliative care and therefore, it is important to provide care, especially considering the ethical codes for individuals who receive this care. For this reason, nurses are expected to take ethical decisions and provide care in this direction with the formal education and professional experience gained while giving care to the individual. However, it has been determined that there is a need for scientific studies to increase more knowledge in this field, and it is recommended to conduct new studies in this direction.

Conflict of Interest Statement

There is no conflict of interest between the researchers.

Financial Support

No financial support was received from any institution or organization for the realization of this study.

Author Contributions

Idea/Concept: K.E; S.E.

Design: K.E; S.E.

Analysis and Interpretation: K.E; S.E.

Source Search: K.E

Writing of the Article: K.E; S.E.

Critical Control: K.E; S.E.

Reference

- Abdelhadi, N., Drach-Zahavy, A., & Srulovici, E. (2020). The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 2161-2170. <https://doi.org/10.1111/jan.14387>
- Avati, A., Jung, K., Harman, S., Downing, L., Ng, A., & Shah, N. H. (2018). Improving palliative care with deep learning. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(4), 55-64. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0677-8>
- Barlow, N. A., Hargreaves, J., & Gillibrand, W. P. (2018). Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice. *Nursing Ethics*, 25(2), 230-242. <https://doi.org/10.1177/0969733017703700>
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2022). *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice* (6th ed). Jones & Bartlett Learning.
- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20(2), 142-149. <https://doi.org/10.1177/0969733012473772>
- Grace, P. J., & Uveges, M. K. (2022). *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Groeneveld, E. I., Cassel, J. B., Bausewein, C., Csikós, Á., Krajnik, M., Ryan, K., ... & Murtagh, F. E. (2017). Funding models in palliative care: lessons from international experience. *Palliative Medicine*, 31(4), 296-305. <https://doi.org/10.1177/0269216316689015>
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 258-272. [https://doi.org/10.1177/0969733019832941\[A1\]](https://doi.org/10.1177/0969733019832941[A1])
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Hallenbeck, J. L. (2022). *Palliative care perspectives* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Harden, K., Price, D., Duffy, E., Galunas, L., & Rodgers, C. (2017). Palliative Care: Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 232-239. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E232-E238>
- Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2018). Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(5), 356-376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>
- Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D. I., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., ... & Schenker, Y. (2016). Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(20), 2104-2114. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>[A2]
- Kucukkelepce, G. E., Dinc, L., & Elcin, M. (2020). Effects of using standardized patients on nursing students' moral skills. *Nursing ethics*, 27(7), 1587-1602. <https://doi.org/10.1177/0969733020935954>
- Mo, L., Urbauer, D. L., Bruera, E., & Hui, D. (2021). Recommendations for palliative and hospice care in NCCN guidelines for treatment of cancer. *The Oncologist*, 26(1), 77-83. <https://doi.org/10.1002/ONCO.13515>
- Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., ... & Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 27(1), 152-167. <https://doi.org/10.1177/0969733019845127>
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3446-3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>
- Saylor, J., Vernoony, S., Selekman, J., & Cowperthwait, A. (2016). Interprofessional education using a palliative care simulation. *Nurse Educator*, 41(3), 125-129. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000228>[A3]
- Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17
- Sekse, R. J. T., Hunskaar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 21-38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Smith, N., Rajabali, S., Hunter, K. F., Chambers, T., Fasinger, R., & Wagg, A. (2020). Bladder and bowel preferences of patients at the end of life: a scoping review. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(8), 432-442. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.8.432>
- Stievano, A., & Tschudin, V. (2019). The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International Nursing Review*, 66(2), 154-156. <https://doi.org/10.1111/inr.12525>
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., ... & Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25-42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>[A4]
- World Health Organisation. (2020, August 05). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>