

Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları

Nurses' Recognition of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms

Fahriye OFLAZ,¹ Celale T. ÖZCAN,¹ Sevinç TAŞTAN,¹ Hatice ÇİÇEK,¹ Özlem ASLAN,¹ Huriye VURAL¹

ÖZET

Amaç: Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini tanıyabilmelerini ve ayırt edebilmelerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Travmatik olaylar yaşandığında hemşireler erken belirtilerin tanınması yoluyla hastalığın seyri üzerinde önemli bir etki yaratabilecek konumdadırlar.

Gereç ve Yöntem: Çalışma evreni olarak travma yaşayan hastaların başvurma sıklığının fazla olduğu bölgelerdeki asker hastanelerinde çalışan hemşireler belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini, bu hastanelerin acil ve cerrahi servislerinde çalışmakta olan hemşireler oluşturmuştur. Verilerin analizi çalışmaya katılmayı kabul eden 122 hemşirenin cevapları üzerinden yapılmıştır. Araştırmanın verileri dört travma olgusunu içeren olgu tanımlama formu, TSSB ölçeğinin maddelerini içeren TSSB belirtileri listesi ve hemşirelerin bazı mesleki özelliklerini ve travma yaşantılarını içeren bir soru formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaklaşık dörtte birinin TSSB belirtilerini tanımadığı göze çarpmaktadır. Özellikle aşırı uyarılmışlık belirtilerini ve TSSB'ye eşlik edebilecek diğer problemleri tanıma oranı düşüktür. Olgu tanımlama formunda verilen olgularla ilgili olarak hemşirelerin ruhsal travmayı tanıma oranının yeterli olmadığı değerlendirilmiştir. Bununla birlikte hemşireler travmatik olaylar yaşayan kişilere yardımcı sorumlulukları olduğunu kabul etmektedir.

Sonuç: Hemşirelerin TSSB ile ilgili olarak mezuniyet sonrası eğitimlerle bilgi ve becerilerinin artırılması önemli görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik; travma sonrası stres bozukluğu.

SUMMARY

Objectives: This descriptive survey's aim was to determine how nurses recognize and distinguish between symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). When traumatic events occur, nurses are in a position to make a significant impact on the course of the disorder by early diagnosis.

Methods: The study population included the nurses who were employed at nine military hospitals in regions where there is a high rate of trauma victim admissions. The sample of the study consisted of nurses who worked in surgical units and emergency units in these hospitals. The responses of 122 nurses who voluntarily participated in the study were evaluated in the data analysis. The data of the study were collected using a Case Recognition Form that consisted of four trauma cases, a PTSD symptom checklist consisting of the items of the PTSD scale and a questionnaire covering some characteristics of the nurses' professional and trauma experiences.

Results: Almost one-fourth of the nurses were unable to recognize the PTSD symptoms. In particular, their recognition of withdrawal and hyperarousal symptoms and psychological problems that accompany PTSD was low. The rate of mental trauma recognition in terms of the cases given in the Case Recognition Form was not adequate. However, the nurses acknowledged that they have responsibilities to assist individuals who have experienced traumatic events.

Conclusion: It is important to increase nurses' knowledge of PTSD and their skills in this regard through proper training after graduation.

Key words: Nursing; post-traumatic stress disorder.

Giriş

Deprem, sel gibi doğal afetler ve savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, işkence görme, kaçırılma, trafik kazaları, terörist eylemlere maruz kalma gibi zorlayıcı ve kişinin baş etme yeteneğini aşan olaylar ruhsal açıdan travmatik olaylardır. Bu nedenle, yaşandığında kişi ve toplumlarda kısa ya da uzun dönemli psikolojik etkiler bırakırlar. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olağan insan deneyimlerinin dışında kalan bu tür olaylar yaşandığında gelişen ve maruz kalan

hemen herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek duygusal, zihinsel, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren bir durumdur.^[1-6]

TSSB tanısı konulabilmesi için, bireyin gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik tehdit yaşamış ya da böyle bir olaya tanıklık etmiş olması, bu olaylar sırasında da aşırı korku, dehşet ve çaresizlik duyguları yaşamış olması gerekir. Ayrıca, bu temel ölçüt yanında DSM-IV-TR'de belirtilen yeniden yaşama, olayı anımsatan ya da eşlik eden uyarılardan sürekli kaçınma, genel tepki verme düzeyinde azalma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin var olup olmadığına, bu belirtilerin belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve yaşamın diğer alanlarında önemli bir işlev kaybına neden olup olmadığına bakılması gerekmektedir.^[7,8]

Toplumda ağır travmaya uğrayan insanların toplam sayısı bilinmemekle beraber TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık

¹GATA Hemşirelik Yüksek Okulu,
Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara

İletişim (Correspondence): Yrd. Doç. Dr. Fahriye OFLAZ.
e-posta (e-mail): foflaz@yahoo.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(1):1-6
Journal of Psychiatric Nurses 2010;1(1):1-6

oranının %1-14 arasında değiştiği belirtilmektedir.^[8,9] Bozukluğun sıklık oranı yaşanan olaya ve etkilenme düzeyine göre değişebilmektedir. Örneğin, Livanou ve ark.^[10] Marmara depresiminden 14 ay sonra %63 oranında TSSB olgusu tespit etmişlerdir. Belirtiler, genellikle olaydan sonraki ilk üç ay içinde başlamakta beraber bazen aylar, yıllar sonra da ortaya çıkabilmektedir. Olguların yaklaşık yarısı ilk üç ay içinde düzeliyor, erken müdahale edilmeyen ciddi durumlarda belirtiler kronikleşebilmektedir.^[8,11] Özellikle kronikleşmiş ve gecikmeli başlangıcı olan TSSB önemli bir psikososyal sorun oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen ve kronikleşen TSSB, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, yeme bozuklukları, fobiler, suç içeren davranışlar, depresyon, bayılma nöbetleri, obsesif kompulsif bozukluk ve psikotik ataklar ile maskeleyebilmektedir. Başka bir deyişle travma sonrası ortaya çıkan bozukluklar erken dönemde tanınmaz ve müdahale edilmezse kronikleşip birey ve toplum için maliyeti yüksek olan ciddi bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir.^[6,8,12-15]

TSSB'ye neden olabilecek ve toplumun önemli bir bölümünü etkileyen doğal ya da insan eliyle oluşturulan felaketlerde hemşireler "krize yanıt ekiplerinin" önemli bir bölümünü oluşturmakta ve yardım ediciler arasında ön sıralarda görev almaktadır. Hemşireler, olay ne kadar büyük olursa olsun, yaralanmalar ne kadar şiddetli olursa olsun baş etmesi ve yardım etmesi beklenen kişiler arasındadır. Hemşirelerden kurtarma ve ilk yardım faaliyetleri sırasında ve sonrasında, zarar gören bireylerin yaşadığı sıkıntı ve acıları tanıma, psikiyatrik belirtileri tanımlama ve yardım etme konusunda bilgi sahibi olmaları da beklenmektedir. Bu bağlamda ele alındığında hemşireler TSSB açısından risk altındaki birey ve grupları tanımlamada önemli bir rol üstlenmektedir.^[4,15-20] Ayrıca, hemşireler olağandışı olayların yanı sıra rutin olarak çalıştıkları ortamlar ve çalışma tarzının doğası nedeniyle de TSSB'ye duyarlı gruplar içinde yer almaktadır. Çalıştıkları her ortamda travma yaşamış kişilerle karşılaşabilmekte ve kendileri de travmatik yaşantılara maruz kalabilmektedir. Bu nedenle travmatik olay öncesinde ve olay olduğunda neler yaşanabileceğini, psikolojik tepkilerin neler olabileceğini ve bireysel olarak ne yapabileceklerini biliyor olmaları önemlidir.^[21-23]

TSSB'ye müdahalede erken değerlendirme ve çabukluk anahtar faktörlerdir. Bozukluğun erken tanınması ve böyle bir tepkinin olabileceğinin bilinmesi yardım edici müdahalelerin hızlı bir şekilde yapılmasını sağlayacaktır. Bireyin emosyonel tepkilerini anlamak ve kabul etmek travma sonrası iyileşmeyi hızlandırıcı etkiye sahiptir. Öykü almak için yapılan bir görüşme, yaşam boyu sürecek acıların önlenmesini sağlayabilmektedir. Bu nedenle hemşireler sahip oldukları iletişim bilgi ve becerisi sayesinde travma yaşantısı ile ilgili duygu ve düşüncelerin ifade edilmesini sağlayarak, anksiyeteyi azaltma ve bireyin yaşamda tekrar ilerleyebilme becerisini kazanmasında önemli bir konuma sahiptir. Konu ile ilgili çalışma-

larda, erken dönemde TSSB açısından riskli hastaların saptanması, kronikleşmeyi önleyici bir girişim olan yaşananlara ilişkin empatik iletişim kurma ve ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlamada yardımcı olma gibi konularda hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirdikleri ve travmalara özel olarak güçlendirildiklerinde bu alanda oldukça yararlı olabildikleri belirtilmektedir.^[19,24-26]

Hemşirelerin kendilerinden beklenen bu rolleri yerine getirmeleri, hastalarını ve kendilerini kronik belirtilerin gelişmesinden korumaları, TSSB'nin nasıl geliştiğini anlama ve belirtileri tanımlarıyla mümkün olacaktır.^[16,18,22,27,28] Bununla birlikte TSSB ve psikolojik travma kavramı hemşirelik eğitiminde yeterince ilgi gören ve kapsamlı bir şekilde ele alınan bir konu değildir. Genellikle psikiyatri hemşireliği dersleri içinde anksiyete kaynaklı bozukluklar başlığı altında bir ders konusu olarak ele alınmaktadır. Ancak günümüz dünyasında artan toplu ve bireysel travmatik olaylar düşünüldüğünde, toplumda yaygınlığı çok iyi bilinmeyen bu sorunun daha önemle ele alınması gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin psikolojik travma ve tanımlanması konusunda eğitimlerini ve becerilerini ortaya koyan çalışmalara az rastlanmaktadır. Ülkemizde hemşirelerle ilgili olarak bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, travmatik olayların sık yaşandığı şehirlerdeki hastanelerde çalışan hemşirelerin TSSB ile ilgili belirtileri tanıma durumlarını, seçtikleri müdahale yöntemlerinin neler olduğunu ortaya koymaktır. Yapılan bu tanımlayıcı çalışma ile konuya dikkatin çekilmesi, bu konudaki eğitim gereksiniminin açığa çıkarılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, hemşirelerin TSSB belirtilerini tanıyabilme ve ayırt edebilme durumlarını ve müdahale amaçlı olarak seçtikleri stratejileri belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın alt soruları:

1. Hemşireler travmatik olay öyküsü olan olgularda, travma sonucunda gelişebilecek travmatik stres belirtilerini ayırt edebilmekte midir?
2. Hemşireler hangi TSSB belirtilerini daha fazla tanımaktadır?
3. Hemşireler travma yaşamış bireyle çalışırken hangi girişimleri tanımlamaktadır?

Evren ve Örneklem Seçimi

Çalışma evreni olarak travma yaşayan hastaların başvurma sıklığının fazla olduğu bölgelerdeki asker hastanelerinde çalışan hemşireler belirlenmiştir (n=600). Bu hastaneler daha önceki yıllarda depresyon ve silahlı çatışmaların sık yaşandığı bölgelerdeki hastanelerdir. Araştırmanın örneklemini, belir-

lenen dokuz hastanenin acil ve cerrahi servislerinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 142 hemşire oluşturmuştur.

Araştırma için hastanelerden yazılı izinler alındıktan sonra, çalışmanın formları çalışmaların yapılacağı hastanelerin başhemşirelerine posta ile gönderilmiştir. Anketler hemşireler tarafından doldurulduktan sonra toplanan anketler başhemşireler tarafından araştırmacılara gönderilmiştir. Çalışmaya katılmak için gönüllülük esas alınmıştır. Çalışmanın amacı ve kimler tarafından yapıldığı, nasıl kullanılacağı anket ön sayfasında açıklanmış olup, kişinin formu doldurması onam olarak kabul edilmiştir. Uygulamada önce olgulara ait sorular cevaplanmış, arkasından TSSB belirti listesi doldurulmuştur. Mecburiyetten gelen bir sınırlılık oluşturmak üzere formlar başhemşireler tarafından hemşirelere birbir yüz yüze verilmemiş, kliniklere bırakılıp gönüllü olanların doldurmaları sağlanmıştır. Başhemşireler sadece formların gönüllü kişilere iletilmesini sağlamada aracılık yapmıştır ve anketlerde isim belirtilmemesi sağlanarak çalışmaya katılan kişilerin gizliliği korunmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacıların hazırlamış olduğu ve dört travma olgusunu içeren "olgu tanımlama formu", TSSB belirtileri listesi ve hemşirelerin bazı mesleki özelliklerini ve travma yaşantılarını içeren bir soru formu ile toplanmıştır.

TSSB belirtileri listesi'nde klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği'nin (TSSB-Ö) özet formunun maddeleri kullanılmıştır. Likert tipi bu ölçeğin 17 maddesi TSSB belirtilerini ve 8 maddesi de eşlik eden belirtileri içermektedir.^[29] Bu çalışmada ölçeğin maddelerinde yer alan belirtiler çizelge haline getirilmiş ve hemşirelerden TSSB belirtisi olduğunu düşündükleri maddeyi işaretlemeleri istenmiştir. Listede yer alan belirtiler Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Çalışmada kullanılan "olgu tanımlama formu"nda kullanılan vakalar aşağıda özetlenmiştir. Vakalar hazırlanırken farklı yaş grupları ve farklı travmatik deneyimleri olan durumlar seçilmeye özen gösterilmiş, bozukluğun farklı belirtileri vurgulanmaya çalışılmıştır.

Olgu 1- Ağabeyinin kuzenini bıçakladığına şahit olan ve sonrasında ajitasyon ve uyumsuz davranışlar gösteren 7 yaşında bir çocuk. Okula gitmeyi reddediyor ve saldırgan davranışlar gösteriyor.

Olgu 2- Akut pankreatit tanısı ile acile gelmiş olan 46 yaşında bir gazi. Kolunda intihar girişimine dair skar dokuları var, alkol kullanıyor, eşi terk etmiş. Tıbbi tedaviyi ve hastalığını reddediyor.

Olgu 3- Vücudunda %20 oranında yanık bulunan ve greft için cerrahi kliniğinde yatan hasta. Geceleri çılgınlıklarla uyan-

arak yanığa neden olan patlamayı anlatıyor.

Olgu 4- Depremde yakınlarını kaybeden hemşire 3 ay sonra nöbette arkadaşına duygularını hissedemediğini, gelecekte beklentisinin olmadığını ifade etmektedir.

Verilen vakalar ile ilgili olarak aşağıda belirtilen sorular sorulmuştur;

1. Bu vakada problem sizce nedir?
2. Bu bozukluğun nedeni ne olabilir?
3. Bu vaka için müdahale önerilerinizi yazınız.

Hemşireleri tanıtıcı özellikler bölümünde ise yaş, mezun olunan okul, çalışma süresi, görevlendirmesi ve daha önce travmatik bir olay yaşayıp yaşamadığı, TSSB hakkında bilgi alıp almadığını işaretleyebilecekleri kapalı uçlu soruların olduğu bir anket kullanılmıştır.

Verilerin Değerlendirmesi

Çalışmada hemşirelerin sosyo demografik özellikleri, olgulara verilen cevaplar ve TSSB belirtileri değişkenler olarak ele alınmıştır. Çapraz karşılaştırmalarda yaş, mesleki deneyim süresi, medeni durum, travmatik bir olay yaşamış olma ve daha önce bilgi almış olma bağımsız, belirtileri tanıma durumları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Veriler yüzde-likler, aritmetik ortalama ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak 0.05 belirlenmiştir. Veri analizi sırasında uygun doldurulmayan 20 anket analiz aşamasında araştırma kapsamı dışına çıkarılmış ve 122 anket üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26.39±4.57'dir. Hemşirelerin çoğunluğu (%69.7, n=85) ön-lisans mezunu olup, %24.6'sı (n=30) sağlık meslek lisesi ve %5.7'si (n=7) lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma süresi ortalama 8.05±4.31 yıldır. Hemşirelerin belirlenen hastanelerde çalışma süresi ise ortalama 34.87±26.25 aydır ve %95.1'i (n=116) klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %40.2'si (n=49) kendisinin daha önce travmatik bir olay yaşadığını ve %50.8'i (n=62) travmatik bir olaya tanık olduğunu belirtmiştir.

Birinci olgu için hemşirelerin %61.0'i (n=72) çocuğun uyumsuzluğunu, %28.7'si (n=35) saldırgan davranışlarını ve %12.3'ü (n=15) okula gitmemesini problem olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte %67.2'si (n=82) bozukluğu TSSB olarak tanımlamış olup sadece %28.7'si (n=35) şahit olunan bıçaklama olayını problemlerin nedeni olarak belirtmiştir. Bu olguda hemşirelerin %69.6'sı (n=85) psikiyatrik tedavi gerektiğini belirtmiştir. Konuşma ve dinleme gibi girişimleri 13 (%10.6) kişi ve olayı hatırlatmamayı 3 (%2.5) kişi önermiştir. Psikiyatrik tedavi ve iletişimle ilgili girişimleri birlikte öneren hemşire sayısı 15'dir (%12.3).

Tablo 1. Hemşirelerin TSSB belirtilerini tanıma durumlarına göre dağılımları

TSSB belirtileri	Tanıma durumu			
	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tekrar yaşama belirtileri				
Tekrarlayan anılar şeklinde aynı olayı hatırlama	97	79.5	20	16.4
Olayı hatırlatan olaylar/durumlar karşısında sıkıntı hissetme	96	78.7	21	17.2
Olayı tekrarlanıyormuş gibi hissetme ve davranma	88	72.1	29	23.8
Olayla ilgili tekrarlayan rüyalar görme	92	72.4	25	20.5
Kaçınma ve duygusal kısıtlılık belirtileri				
Duygu ve düşüncelerden kaçınma çabası	73	59.8	44	36.1
Durum ve aktivitelerden kaçınma çabası	75	61.5	41	33.6
Travmatik olayların bazı kısımlarını hatırlayamama	53	43.4	63	51.6
Etkinliklere yönelik ilgi azalması	77	63.1	40	32.8
İnsanlardan yabancılaşma ve uzaklaşma duyguları	88	72.1	29	23.8
Duygulanımda kısıtlılık	61	50.0	55	45.1
Geleceğe ilişkin beklentisizlik	84	68.9	33	27.0
Artmış uyarılmışlık belirtileri				
Uykuya dalma ve sürdürmede güçlük	87	71.3	30	24.6
Aşırı huzursuzluk ve öfke patlamaları yaşama	81	66.4	36	29.3
Konsantrasyon güçlüğü	82	67.2	34	27.9
Aşırı irkilme tepkisi	57	46.7	60	49.2
Fizyolojik tepkiler (terleme, mide ağrıları, baş ağrısı vb)	59	48.4	58	47.5
Eşlik eden belirtiler				
Kurtulmaya ilişkin suçluluk	49	40.2	67	54.9
Yapılan ya da yapılmayan eylemlere ilişkin suçluluk	58	47.5	59	48.4
Çevreye zarar verme eğilimi	42	34.4	75	61.5
Otorite ile ilgili hayal kırıklığı	35	28.7	82	67.2
Ümitsizlik duyguları	73	59.8	44	36.1
Bellek bozuklukları, unutkanlık	53	43.4	64	52.5
Üzüntü veya depresyon	85	69.7	32	26.2
Yetersiz kalma hissi	73	59.8	44	36.1

İkinci olgu için hemşirelerin %31.1'i (n=38) alkol kullanım bozukluğunun problem olduğunu belirtmiştir. Sorunun nedeni olarak ise %31.9'u (n=39) depresif bozukluk, %37.7'si (n=46) TSSB, %20.4'ü (n=25) anksiyete ve %16.4'ü (n=20) kişilik bozukluğunu belirtmiştir. Bu olguda hemşirelerin %39.3'ü (n=48) hastanın psikiyatriye sevk edilmesini, 18 kişi (%14.7) konuşarak rahatlatmayı ve 5 kişi de alkolü bırakması gerektiğini (%4.0) önermiştir. Psikiyatrik tedavi ile birlikte diğer müdahaleleri de öneren kişi sayısı 61'dir (%50.0).

Üçüncü olguda sorunların nedeni olarak hemşirelerin %38.5'i (n=47) fiziksel yaralanmayı göstermiş olup, %45.0'i (n=55) psikolojik travma yazmıştır. Bu vakada %25.4 (n=31) oranında psikiyatristle görüşürme önerilirken, 85 kişi (%69.6) konuşarak rahatlatmayı, güven vermeyi belirtmiştir. Hemşirelerin %20.5'i (n=25) hem psikiyatrik yardım hem de iletişime dayalı girişim önermiştir.

Dördüncü olguda semptomların nedeni olarak hemşirelerin %45.9'u (n=56) depresyon, %63.1'i (n=77) TSSB ve %6.5'i (n=8) psikotik reaksiyon ve %4.9'u (n=6) mesleki doyumsuzluk olduğunu ifade etmiştir. Bu olguda %50.8 (n=62) oranında psikiyatristle görüşürme önerilirken 13 kişi (%10.6) ko-

nuşarak rahatlatmayı ve psikolojik destek sağlamayı belirtmiş ve 18 kişi (%14.7) dikkatini başka yöne çekme ve ortamdan uzaklaştırma önermiştir.

Tablo 1'de hemşirelerin listede gösterilen TSSB belirtilerini tanıyabilme durumlarının dağılımları görülmektedir. TSSB'nin tekrar yaşama belirtilerinin hemşireler tarafından daha fazla oranda tanındığı görülmüştür. Aşırı uyarılmışlık belirtileri ve TSSB'ne eşlik edebilecek diğer problemleri tanıma oranı diğer belirtilere göre göreceli olarak daha düşüktür.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %81.1'i (n=99) yardım konusunda hemşirenin sorumlulukları olduğunu onaylamıştır. Hemşirelerin önerdiği girişimler Tablo 2'de gösterilmiştir. Hemşirelerin sırasıyla hastayı dinleme, doktoru konuyla ilgili bilgilendirme, hastayı psikiyatrik yardım almaya teşvik etme, belirtilerle baş etmesine yardım etme girişimlerini önerdikleri görülmüştür (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %68.0'i (n=83) TSSB ile ilgili olarak daha önce bilgi aldığını, %65.6'sı ise daha önce TSSB ile karşılaşmış olduğunu belirtmiştir. Bilgi alma ve TSSB ile karşılaşma durumu ile belirtileri tanıma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05).

Tablo 2. Hemşirelerin TSSB için önerdikleri hemşirelik girişimleri

Girişim	Sayı	Yüzde
Hastayı dinleme	92	75.4
Doktora belirtiler konusunda bilgi verme	90	73.8
Hastayı psikiyatrik yardıma almaya teşvik etme	85	69.7
Belirtilerle baş etmesine yardım etme	82	67.2
Hastanın duygularını anlamasına yardım etme	66	54.1
Hastaya bilgi verme	56	45.9
Hastanın yaşadığı olay ve belirtiler arasında bağlantı kurmasına yardım etme	45	36.9

*Bireyler birden fazla yanıt vermişlerdir ve n katlanmıştır.

Ayrıca, hemşirelerin mezun oldukları okul, görev süreleri ve yaşamı tehdit eden deneyimleri ile belirtileri tanıma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma

Bu çalışmanın bulguları, hemşirelerin travmatik durumlar yaşayan bireylerle karşılaştığında TSSB'nin farkında olup olmadıkları ve belirtileri ne kadar tanıdıklarına ilişkin bilgi sağlamaktadır. Hemşirelerin, araştırma kapsamındaki olguları değerlendirirken, travmatik yaşam olaylarının psikiyatrik problemlere neden olduğunu fark ettikleri görülmektedir. Ancak vakaların neredeyse tamamında TSSB'nin ifade edilme oranı düşüktür. Özellikle ikinci olguda alkol kullanım öyküsü ön plana çıkmıştır. Çocuk olgusunda hemşirelerin sadece %28.7'si bıçaklama olayını sorunların sebebi olarak işaretlemiştir. Bu bulgular TSSB'nin çocuklardaki belirtilerinin ve uzun vadeli olumsuz etkilerinin çok iyi tanınmadığına işaret etmektedir. Yanık olgusunda ve hemşire olgusunda çalışmaya katılan hemşirelerin yaklaşık olarak yarısı psikolojik travma ve TSSB'yi tanımıştır.

Belirti listesine verilen cevaplar incelendiğinde (Tablo 1) hemşirelerin neredeyse dörtte birinin TSSB belirtilerini tanımadığı göze çarpmaktadır. Olgulardaki duruma paralel sayılabilecek şekilde, tekrar yaşama ve kaçınma daha fazla tanımakla beraber, aşırı uyarılmışlık belirtilerini ve TSSB'ye eşlik edebilecek diğer problemleri tanıma oranı düşüktür. Hemşirelerin travmatik stres belirtilerini bilmeleri önemlidir çünkü önceden hazırlıklı olmak yani olabilecek ya da karşılaşılabilecek güçlükleri bilmek ve onlara karşı donanımlı olmak, kontrol duygusu sağlayan ve yardım etmeyi kolaylaştıran önemli bir faktördür.^[25,26,30] Bu nedenle hemşirelerin travmatik bir olay yaşandıktan sonra ortaya çıkabilecek psikolojik tepkileri tanımları bireylerin yardım almasını sağlayacak önemli bir faktör olarak önemsenmelidir. Bozukluğun iyi tanımlanabilmesi iyileşmeyi sağlamak üzere seçilen müdahale yönteminin başarısı açısından önemlidir.^[19,26]

TSSB komorbidite ve karışan diğer belirtiler ile bireyden

bireye farklılık gösteren tepkiler nedeniyle halen çok iyi tanımlanabilen bir bozukluk değildir. Erken dönemde tanınmadığında ve tedavi edilmediğinde daha sonra farklı kronik sorunlara neden olabilmektedir.^[5,6,27,30] Bu nedenle Allen ve Annells'in^[31] belirttiği gibi ruhsal problemlerin hemşireler tarafından tanınması beklenmemekle beraber, hemşirelerin bu bozukluğu tanımları ve hastaları doğru tedaviye yönlendirmeleri önemlidir. Hemşirelerin mevcut geçerli tanılama sistemi içindeki belirtileri bilmeleri ve hastayı doğru yönlendirmelerinin kronikleşmeyi önlemede ve ruh sağlığını korumada önemli bir katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin psikiyatrik yardıma yönlendirme oranı olgular arasında %25-%70 arasında değişmektedir. Bu bulgu da hemşireler tarafından TSSB'nin bir bozukluk olarak çok iyi tanınmadığının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %87.6'sı bu tür vakalarda hemşirelerin müdahale sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Bireyin psikolojik tepkilerini anlamak ve terapötik iletişim becerilerinin kullanıldığı bir yaklaşım göstermek doğal iyileşmeyi hızlandırıcı girişimlerdir. Travma yaşamış bireylerin kendilerini rahat ifade edebilecekleri ortamlar ve kişiler, travma ile baş etmede önemli bir faktördür ve hemşirelerin sağlayacağı bakım ve destek bu açıdan tıbbi tedavi kadar önem taşımaktadır.^[16,20,28,32] TSSB yaşayan birey ile iletişimde öncelikle güven ilişkisinin kurulması gerekir ve bunun sağlanması aktif dinleyici olmayı gerektirir.^[24,33] Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu dinlemeyi hemşirelik müdahalesi olarak belirtmiştir. Ancak hemşirelerin yapabilecekleri diğer girişimler açısından desteklenmeye ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Dinleme dışındaki diğer girişimlerde rahat olabilmek için bozukluğun iyi tanınması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin girişimler konusunda da eğitime gereksinimleri olduğu düşünülmüştür.

Hemşirelerin mezuniyet sonrasında travmatik stres konusunda bilgi ve beceriyle desteklenmeye gereksinimleri olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin doğal afetlerle ilgili yayınları takip etmeleri, felaketten zarar görmüş kişilerin psikososyal tutum ve deneyimlerine karşı açık ve ilgili bir davranış sergilemeleri açısından önem taşımaktadır.^[18] Allen ve Annells'in^[31] önerdiği gibi bozuklukları doğru tanımayı sağlayacak, uygulaması kolay testler, ruhsal problemlerin taranmasına ve erken tanınmasına yardımcı olabilecek kaynaklar olabilir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu TSSB hakkında bilgileri olduğunu beyan etmiştir. Hemşirelerin önceden konu ile ilgili bilgilerinin olması, travmatik yaşantı deneyimleri olmaları ile belirtileri tanıma durumları arasında fark görülmemesi nedeniyle belirtilerin tanınmasında ortaya çıkan güçlüğü nereden kaynaklandığının incelenmesi gelecekte yapılacak çalışmalar açısından önemli bir konudur.

Sonuç

Çalışma dokuz hastanenin hemşireleri ile sınırlıdır ve anketler yüz yüze görüşme ile doldurulmadığı için hemşirelerin doğru cevap verdikleri varsayılmıştır. Anketlerin başhemşirelerce kliniklere verilmiş olması çalışmaya katılımı etkilemiş olabilir. Çalışmaya kaç kişinin katılmak istemediği ya da izin, istirahat gibi nedenlerle kaç kişinin katılmadığı araştırmacılar tarafından bilinmemektedir. Analizler geri dönen anketler üzerinden yapılmıştır.

Çalışmanın bulguları, hemşirelerin daha çok yeniden yaşama ve kaçınma belirtilerini tanıdıklarını göstermiştir. Bu nedenle hemşirelerin travmatik bir olay yaşandıktan sonra ortaya çıkabilecek tüm psikolojik tepkileri tanımalarını sağlayacak programlar geliştirilmelidir. Ayrıca bilgi aldıklarını belirtmelerine rağmen belirtileri tanıma durumları arasında fark görülmemesi nedeniyle belirtilerin tanınmasında ortaya çıkan güçlüğü nereden kaynaklandığının incelenmesi için farklı araştırma modellerinin kullanımına gereksinim vardır. Hemşirelerin belirtileri bilmeleri ve hastayı doğru yönlendirmeleri kronikleşmeyi önlemede ve ruh sağlığını korumada önemlidir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de doğal ve insan eliyle gerçekleştirilen felakete sık rastlanmakta ve bu felaketlerin kurbanları hem travmatik stresin yardım aramayı zorlaştıran doğası, hem de sağlık çalışanlarının bozukluğu iyi tanımaması nedeniyle gereksinim duydukları yardımı alamamaktadırlar. Bu nedenle psikolojik travma konusunda yapılacak çalışmaların ve eğitimlerin artırılmasının korunma ve kronikleşmeyi önlemede önemli katkısı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Aker AT. Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel ve davranışçı tedavileri. 3P Dergisi 2000;8:38-46.
- Çervatoğlu-Geyran P. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. 3P Dergisi 2000;8(Ek Sayı 1):9-12.
- Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Treatment of post traumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1999;60(suppl 16):10-19, 71-75.
- Oflaz F. Nursing involvement in extraordinary situations. Balkan Military Medical Review 2007;10:172-7.
- Briere J, Elliott D. Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. J Trauma Stress 2000;13:661-79.
- Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, DeLisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. Psychiatry Res 2002;110:201-17.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru elkitabı. (Çeviren: Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001. s. 200-2.
- Brunello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, et al. Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. Neuropsychobiology 2001;43:150-62.
- Kaya B, Sungur MZ. Travma sonrası stres bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1997;1:40-3.
- Livanou M, Başoğlu M, Salcıoğlu E, Kalendar D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. J Nerv Ment Dis 2002;190:816-23.
- Çorapçıoğlu-Özkürkçügil A. Post travmatik stres bozukluğu. 3P Dergisi 2000;8:13-20.
- Chan AO, Medicine M, Air TM, McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. J Clin Psychiatry 2003;64:175-81.
- Kessler RC. Post Traumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl 5):4-12.
- Salcıoğlu E, Basoğlu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. J Nerv Ment Dis 2003;191:154-60.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA, (editors). Psychiatric mental health nursing. St Louis: Mosby Inc; 1999; p. 227-45.
- Buck C. Treating the individual. Nursing (Lond) 1991;4:24-5.
- Clark CC. Posttraumatic stress disorder: how to support healing. Am J Nurs 1997;97:26-33.
- Kalayjian AS. Mental health outreach program following the earthquake in Armenia: utilizing the nursing process in developing and managing the post-natural disaster plan. Issues Ment Health Nurs 1994;15:533-50.
- Morrison RA. Early identification of chronic posttraumatic stress disorder by nurse clinicians. Orthop Nurs 1994;13:22-4.
- Varnarsdale S. Earthquake: How will you respond? Am J Nurs 2000;100:24a-24d.
- Carlier IV, Voerman BE, Gersons BP. Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. Psychosom Med 2000;62:26-32.
- Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. J Emerg Nurs 2003;29:23-8.
- Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:243-9.
- Rose S. Traumatic stress: a nurse therapist role? Nurs Stand 1995;9:32-4.
- Ragaisis KM. Critical incident stress debriefing: a family nursing intervention. Arch Psychiatr Nurs 1994;8:38-43.
- Petit M. Nursing the mind. Recognizing post-traumatic stress. RN 1991;54:56-8.
- Symes L. Post traumatic stress disorder: an evolving concept. Arch Psychiatr Nurs 1995;9:195-202.
- Jabez A. Back in control. Nurs Times 1993;89:46-7.
- Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C ve ark. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 1999;10:286-93.
- Finnegan AP. Clinical assessment for post-traumatic stress disorder. Br J Nurs 1998;7:212-8.
- Allen J, Annells M. A literature review of the application of the Geriatric Depression Scale, Depression Anxiety Stress Scales and Post-traumatic Stress Disorder Checklist to community nursing cohorts. J Clin Nurs 2009;18:949-59.
- Stanley SR. When the disaster is over: helping the healers to mend. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1990;28:12-6.
- Oflaz F, Hatipoğlu S, Aydın H. Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. J Clin Nurs 2008;17:677-87.

• 7. Balkan Askeri Tıp Kongre'sinde poster bildiri olarak sunulmuştur (6-10 Ekim 2002, Atina, Yunanistan).