

RAHATSIZ EDİCİ SEMPTOMLAR TEORİSİ

UNPLEASANT SYMPTOMS THEORY

Yard.Doç.Dr. Filiz ÖZEL*

Prof.Dr.Aynur TÜREYEN**

* Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Orta Ölçekli Teorilerden biri olan Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi, çeşitli semptomlar ve ilgili mevcut bilgileri entegre etmek amacıyla geliştirilmiştir. Teori çeşitli vakalarda semptom deneyimlerinin anlaşılması, olumsuz semptomların ve negatif etkilerinin önlenmesi, hafifletilmesi veya yönetilmesi içindir. Birlikte meydana gelen semptomlar birbirlerine katalize olarak tanımlanır. Böylece, bu teori benzersiz bir şekilde çoklu belirtilerin varlığı için izin verir ve bir semptom yönetimi diğer belirtilerin yönetimine katkıda bulunacak anlamına gelir. Bu teorinin amacı çeşitli durumlarda semptom deneyiminin anlaşılmasını geliştirmek ve geçerli olan anlamların tanınması için yararlı bilgiler tasarlamak, kötü semptomları ve onların negatif etkilerini yönetmek ya da iyileştirmektir. Çünkü spesifik bir semptom tanımlamasında ya da açıklamasında bir teori daha yaygındır. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi: semptomlar, etkileyen faktörler ve performans sonuçları şeklinde üç büyük kavrama sahiptir. Semptomlar, teorinin kavramlaştırılmasının başlangıç noktası olmuştur ve bu yüzden teorinin merkezi olarak kabul edilmeleri gerekir. Semptom deneyimini etkileyen üç faktör fizyolojik, psikolojik ve durumsal faktörler şeklinde tanımlanmıştır. Teoride semptom deneyimini etkileyen faktörlerden 3 kategori tanımlanmıştır (ve yapabilme, dönüşüm, bir şeyden ve bir başkası tarafından etkilenmiş olma): psikolojik faktörler, fizyolojik faktörler ve durumsal faktörler. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinde sonuç kavramı performanstır. Semptom deneyiminin sonuçlarını temsil eder. Performansın kavramları, bir çok olağan boyuta sahiptir: fiziksel aktivite ve düzelme, fonksiyonel rol performansı, günlük yaşam aktivitelerini içeren, biliş, anlama, öğrenme, konsantrasyon, problem çözme ve sosyal etkileşimlerdir. Klinik araştırma ve uygulamalarda ortaya çıkan rahatsız edici semptomlar teorisi hemşirelik pratiğine rehber olan ve ek araştırmalar için dikkate değer bir yer tutan orta ölçekli bir teoridir. Bu makalede Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Orta ölçekli teoriler, rahatsız edici semptomlar teorisi, semptom.

ABSTRACT

The Unpleasant Symptoms Theory, one of the medium scale theories, has been developed to integrate various symptoms and existing relevant data. Theory is available for understanding the symptom experiences in various cases and prevention, alleviation and management of unfavorable symptoms and their negative effects. Symptoms occurring together are depicted as catalyzing each other. Thus, this theory allows for the presence of multiple symptoms and implies that management of one symptom will contribute to the management of other symptoms. The purpose of theory is to improve understanding of the symptom experience in various contexts and to provide information useful for designing effective means to prevent, ameliorate, or manage unpleasant symptoms and their negative effects. Because it is more general than a theory describing or explaining a specific symptom. The Unpleasant Symptoms Theory has three major concepts such as symptom(s), effective factors and performance outcomes. Symptom(s) has been the starting point in conceptualization of the theory and therefore they should be accepted as the central concept of the theory. The three factors influencing the symptom experience were defined as physiological, psychological and situational factors. Three categories of factors that influence the symptom experience (and can, in turn, be influenced by it and by one another) are identified in the theory: physiologic factors, psychologic factors, and situational factors. The outcome concept in the The Unpleasant Symptoms Theory is performance. Performance represents the outcomes of the symptom experience. The concept of performance has several possible dimensions: physical activity and impairment, functional role performance, activities of daily living, cognition, comprehension, learning, concentration, problem solving and social interactions. The theory of unpleasant symptoms, which was grounded in clinical research and practice, is a mid-range theory that holds considerable promise as a basis for additional research and as a guide to nursing practice. In this article the The Unpleasant Symptoms Theory has been explained.

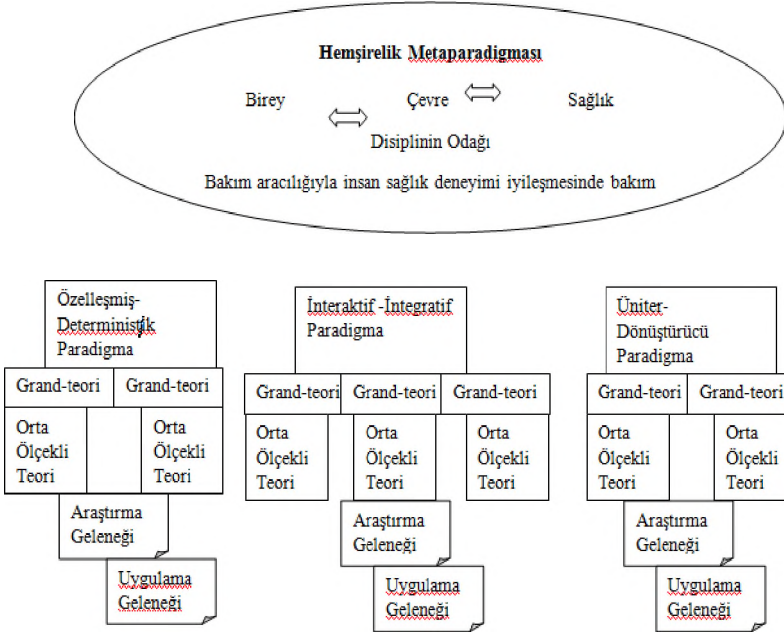
Key Words: Middle-range Theories, unpleasant symptoms theory, symptom.

GİRİŞ

Profesyonel bir meslek olan hemşirelikte gün geçtikçe hem akut hem de kronik hastalık bakımını yönetmek için daha fazla sorumluluk üstlenilmektedirler. Bu nedenlerle semptom yönetimi hemşirelik uygulamalarının gittikçe merkezi haline gelmekte ve buna paralel olarak hemşirelik biliminin önemli bir araştırma konusu olmaktadır. Semptomlar hakkında hastaların düşünce ve yorumları ile semptomlar belirlenerek, araştırmacı ve klinisyenlerin semptomların hem tek hem de kombinasyonlarını dikkate almaları sağlanmaktadır. Semptom yönetimi stratejileri, semptom deneyimini gidermek, geciktirmek veya en aza indirmek için çaba göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı hemşirelikte son dönem araştırmalar sıklıkla semptomlar ile fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi incelemekte ve semptomlarla ilişkili teorilerin önemi artmaktadır (Humprey ve ark., 2008, Reishtein 2005). Bu nedenle bu makalede Orta ölçekli teorilerden biri olan Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi açıklanmıştır.

Orta-Ölçekli Teori

Orta ölçekli teorileri Merton (1968) "küçük teoriler arasında yer alır fakat gün gün araştırılarak ve birleştirilerek kuramın gelişimine neden olur" şeklinde açıklamıştır. Hemşirelikte birçok paradigmal şemalar gelişmektedir. Şema hemşirelik disiplininin odağı olarak insan sağlık deneyimlerinde bakımı tanımlamaktadır. En son olarak üç paradigma tanımlanmıştır: özelleşmiş-deterministik, interaktif-bütünleştirici, ve üniter-dönüştürücü. Her paradigma sağlık, bakım ve değişim hakkında tek değerde birleştirilir. Hemşirelik disiplinin yapısı Şekil-1'de gösterilmiştir (Lenz ve Pugh 2008). Burada gösterilen İnteraktif-bütünleştirici paradigma sosyal bilimlerin perspektifinde temellenmiş; uygulama veya araştırmada insan sağlık deneyimlerinin değişimlerini sağlamaktadır (Tablo-1). Bu teorilerden ikisi Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi ve Semptom Yönetim Teorisi semptomların genel deneyimini paylaşırlar (Smith ve Liehr 2008).



Şekil-1: Hemşirelik Disiplininin Yapısı

Kaynak: Lenz ER, Pugh LC. *Theory of Unpleasant Symptoms, Middle Range Theory for Nursing, Second Edition*, New York. 2008. 159-82.

Tablo 1. Ayırma Basamakları: Rahatsız Edici Semptomlar

İNTERAKTİF-İNTEGRATİF PARADİGMA	
Teorinin varsayımları Değişik durumlarda bireyler tarafından deneyimlenen farklı semptomlar arasında ortaklık vardır. Semptomlar aile ve toplum bağlamında oluşan bireysel subjektif fenomenlerdir.	
Orta-ölçekli teori kavramları	
Semptomlar Etkileyen faktörler Performans	
Uygulama	Araştırma
Dispne değerlendirmesi Semptom yönetimi Semptomlara rahatlatıcı müdahaleler	Yorgunluk ölçeği Dispnenin süre, şiddet ve kalitesi Semptom deneyimi

Kaynak: Smith MJ, Liehr PR. *Understanding Middle Range Theory by Moving Up and Down the Ladder of Abstraction. Middle Range Theory for Nursing, Second Edition, New York. 2008. 13-31.*

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi

Semptom yönetimi, hemşirelik uygulamasında öneminin artmasıyla birlikte; hemşirelik biliminin temel odak konularından biri haline gelmiştir. Hemşirelerin akut ve kronik hastaların bakımı açısından daha fazla sorumluluk almaları ile birlikte semptom yönetimindeki araştırmalar da bu yönde genişlemiştir. Semptom yönetimine yönelik yapılan araştırmalar ve semptom deneyimini açıklayan teorik araştırmaların çoğu semptom ya da hastalık özelliklerinin yönetimine temel oluşturmuştur (Gift 2009, Lenz ve ark. 1995, Lenz ve Pugh 2008). Semptom analizi kavramların sistematik bir şekilde incelenmesi için yapılır. Bu tür araştırmalarda semptomlar derinlemesine incelenir ve semptom özellikleri hakkında detaylı bilgiye ulaşılması amaçlanır (Ream ve Richardson 1997).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi (Theory of Unpleasant Symptoms, TOUS), çeşitli semptomlar ve ilgili mevcut bilgileri entegre etmek amacıyla geliştirilmiş olup farklı semptomlar arasında ortak noktalar bulunduğu fikrinden hareket etmektedir. Teorinin amacı çeşitli vakalarda semptom deneyimlerinin anlaşılması ve olumsuz semptomların ve negatif etkilerinin önlenmesi, hafifletilmesi veya yönetilmesidir (Lenz ve ark. 1997, Lenz ve Pugh 2008, Tyler ve Pugh 2009).

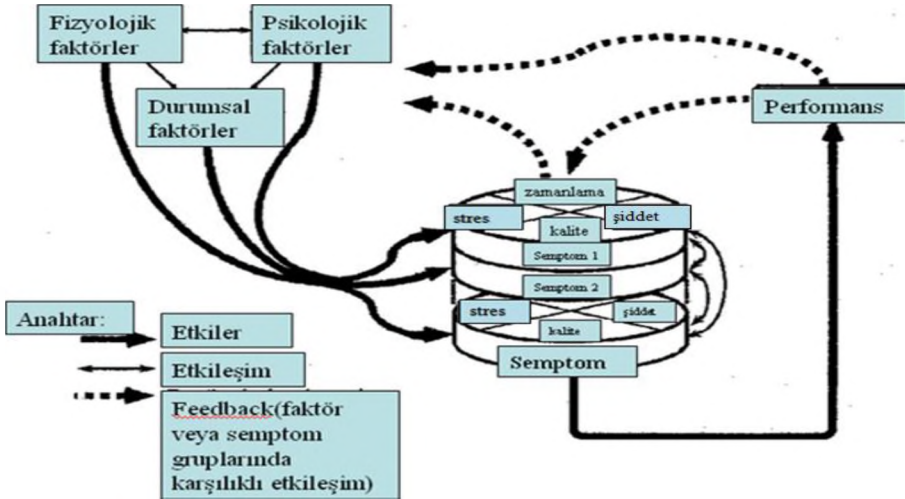
Spesifik bir semptomu tanımlayan veya açıklayan bir teoriden çok genel bir anlama sahip olduğundan dolayı, TOUS belirli bir kliniksel popülasyonda belirli bir semptom ile mücadele edilmesi açısından detay eksikliği sergileyebilmektedir. Diğer yandan, semptomlarda bulunan ortak noktaları vurgulaması ile araştırmacıları ve klinisyenleri semptomları tek başına değil birlikte düşünmeye yöneltmiştir (Lenz ve ark. 1997). TOUS yalnızca fiziksel semptomları tanımlamaz ayrıca kognitif semptomları da tanımlar (Jurgens 2006).

Semptom deneyimi, tanımı gereği, bireysel algı düzeyinde oluşur; teori bireysel düzeyde uygulanabilir niteliktedir. Ancak, TOUS bireyi izole şekilde ele almaz. Bunun yerine, bireyi aile, sosyal ve organizasyonel ağlar ve toplum içerisinde ele alır, çevrenin de semptom deneyimini etkileyebileceğini düşünür. Aynı zamanda semptom deneyiminin sonucunu performans bakımından tanımlar; semptom deneyiminin bireyin başkaları ile olan etkileşimleri ve kısa ve uzun vadeli fonksiyon gösterimi üzerindeki etkilerini inceleyen bir yapıdadır (Lenz ve ark. 1997).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi farklı semptomların yapısı ve deneyimi (özellikle bitkinlik ve dispne) ile kavram ve teori geliştirme bakımından ortak görüşlere sahip olan dört hemşire araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu kişiler (Audrey Gift, Renee Milligan, Linda Pugh ve Elizabeth Lenz) çeşitli deneysel araştırmalar ve teorik makalelerde ikili ya da üçlü biçimlerde bir araya gelmişlerdir. Teoriyi geliştirenlerden üçü spesifik bir semptomla dair bir tez çalışması yapmışlardır: Gift dispne, Milligan ve Pugh ise bitkinlik üzerine araştırma yapmıştır. Araştırmacılar hep birlikte bir orta düzey teori geliştirmeye karar vermişler ve bunun için düzenli görüşmelere başlamışlardır. Sonuçta TOUS ortaya çıkmıştır ve hemşirelik uygulamasını yönlendirmede orta düzey teorilerin kullanılması gerektiğini savunan makalelerde yayınlanmıştır (Lenz ve ark. 1997, Myers 2009).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi, hemşirelik akademik toplumunda büyük ilgi uyandırmış ve çoğu yeni uzmanlığını almış olan ve araştırmalar yapan hemşirelerin de ilgisini çekmiştir. Teoriye yönelik eleştirilerde teorinin bazı zayıf yönleri olduğuna ve bazı noktaların belirsiz kaldığına dikkat çekilmiştir. Bunun sonucunda, yazarlar teori üzerindeki çalışmalarını sürdürmüşler ve güncellemeler yapmışlardır (Gift 2009, Lenz ve ark. 1997). Teoriye yönelik algoritma Şekil-2'de gösterilmiştir.

Şekil-2: Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi



Kaynak: Lenz ER, Pugh LC. Theory of Unpleasant Symptoms, Middle Range Theory for Nursing, Second Edition, New York. 2008. 159-82.

Teorinin İçeriği

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi üç büyük kavrama sahiptir: semptomlar, etkileyen faktörler ve performans sonuçları (Reishtein 2005).

Birbiri ile bağlantılı üç faktör kategorisinin (fizyolojik, psikolojik ve durumsal) semptom deneyiminin yapısını etkilediği görülmektedir. Bunun yanında, semptom deneyimi bireyin performansını (bilişsel, fiziksel ve sosyal fonksiyon gösterimini kapsayan) etkiler (Gift 2009, Lenz ve ark. 1997).

Semptomlar

Semptomlar, teorinin kavramlaştırılmasının başlangıç noktası olmuştur ve bu yüzden teorinin merkezi kavramı kabul edilmeleri gerekir. Şu ana kadar, TOUS objektif gözlenebilir işaretler yerine subjektif olarak algılanan semptomlara odaklanmıştır. TOUS amaçları doğrultusunda, semptomlar “hastalar tarafından yaşandığı şekilde normal fonksiyon gösteriminde görülen değişime dair algılanan göstergelerdir” şeklinde tanımlanmıştır (Lenz ve ark. 1997). Algı-tabanlı tanımlama, bireyin farkındalığının olduğunu varsayar; bu yüzden, semptomun oluşması bireyin bunu tecrübe etmesine bağlıdır. O yüzden ölçüm subjektif olmalıdır. Objektif gözlem belirtilerinin ölçüsünün teori ile açıklanabilir olması için incelenmektedir ve imkan dahilinde açıkça dikkatli bir şekilde verilmelidir (Lee 2005).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi, semptomların ya izole şekilde ya da başka semptomlarla birlikte oluşabileceğini öngörür. Teori içerisinde küme terimi geçmese de, semptomların birlikte oluşmasına semptom kümeleri denilir. Bu kavram mevcut durumda literatürde kanser ve başka kronik hastalıklar bakımından da ilgi görmektedir. Bazı durumlarda, bir semptom bir başkasına öncülük edebilir. Örneğin, aşırı bitkinlik bulantı ve baş dönmesini tetikleyebilir. Birden fazla semptom aynı anda yaşandığında veya toplam semptom yükü kümülatif olarak oluştuğunda, net etki güçlü olabilir. Düzenleyici etkiler de oluşabilir. Ağrıya bitkinlik ve bulantı gibi birden fazla semptom eşlik ettiğinde, ağrı tek başına algılandığından daha kötü bir şekilde algılanır. Ağrının farklı seviyeleri de bitkinliğin psikolojik değişkenlerle olan ilişkisini düzenleyebilir (Lenz ve ark. 1997). Örneğin, Francoeur (2005) 268 kanser hastası üzerinde yaptığı araştırmada, ağrının ateş, bitkinlik ve kilo kaybı ile depresif etkinin etkileşim gösterdiğini belirlemiştir (Francoeur 2005).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinde, semptomlar çoklu değişkenler ve ölçülebilir boyutlarla kavramlaştırılırlar. Tüm semptomların yoğunluk ve şiddet, ilgili stres derecesi, zamanlama ve nitelik bakımından değişkenlik gösterdiği kabul edilir. Bu boyutlar aynı zamanda birbiriyle bağlantılıdır. Yoğunluk boyutu semptomun derecesi, gücü veya şiddetini nicel olarak tanımlar ve semptom deneyiminin en sık ölçülen boyutudur. Ameliyat sonrası hastaların değerlendirilmesinde rutin bir değerlendirme ölçütüdür. Semptom yoğunluğu çoğunlukla hastaların belirtmesi istenen en basit semptom tanımlama kriteridir. Pediatrik uygulamada, ağrının sayısal olmayan ölçütleri çocukların yoğunluk skorlarının tespitinde kullanılmaktadır (örneğin, yüzler ağrı ölçeği gibi) (Lenz ve Pugh 2008).

Stres boyutu, semptom deneyiminin etkisel bir boyutunu yansıtır ve semptomu yaşayan bireyin bundan ne derecede rahatsız olduğunu belirler. Ağrı eşik seviyelerindeki farklılıklar nedeniyle, örneğin, aynı yoğunlukla ağrı-tetikleyici uyarıya maruz bırakılan bireyler farklı seviyelerde stres yaşayabilirler. Stres, bireyin semptoma odaklanma derecesinden etkilenebilir. Stresi azaltmaya yönelik semptom yönetim stratejileri semptoma odaklanmanın kırılmasına yöneliktir (örneğin doğumda kullanılan Lamaze tekniği dahilinde uygulanan nefes alma teknikleri ağrıya yönelik dikkati dağıtmaya ya da ağrının kapı kontrolü teorisinde olduğu gibi ağrıya yönelik dikkate alternatif bir uyarım sunmaya yöneliktir). Stres derecesi üzerindeki en önemli etkilerden biri de, bireyin semptoma yüklediği anlamdır. Örneğin, kısırlık tedavisi görüp gebe kalan bir kadın bulantıyı iyi şekilde karşılarken, kemoterapi gören bir hasta için bulantı olası negatif ilişkilendirmelerinden dolayı oldukça olumsuz bir etki yaratmaktadır. Zaman boyutu semptomların süre ve sıklık bakımından gösterdiği değişkenliği içerir. Akut deneyimleri kronik semptom deneyimlerinden ayırmak genelde mümkündür; çünkü, bunların yapısı farklı olma eğilimindedir ve tedavileri genelde farklıdır. Kronik semptomlar sürelerinden dolayı özellikle stres yaratan türden olabilir; semptomların tedavi sürelerine göre değişebilir. Örneğin, akut ağrı için yararlı olan stratejiler kronik ağrı tedavisinde yararlı olmayabilir. İkincisi, birlikte görülen semptomların sıklığı, düzenliliği ve periyodik yapıları değişiklik gösterebilir. Gebeliğin ilk üç ayında her sabah 3 saat boyunca görülen bulantı birkaç zaman-bağlantılı boyutta tanımlanabilir ve dolayısıyla ölçülebilir. Semptom deneyiminin bir boyutu olarak zamana Henley, Kallas, Klatt ve Swenson (2003) dikkat çekmişlerdir (Henley ve ark. 2003). Zamanın bireyin semptoma yüklediği anlam üzerindeki etkisini ve bireyin semptom deneyimine dair yaptığı öz-değerlendirme ile buna karşı verdiği duygusal yanıt üzerindeki etkisini tanımlamışlardır (Lenz ve Pugh 2008).

Lenz ve ark. (1997) semptom değerlendirilmesiyle ilişkili üç boyut önermiştir: 1.Semptom oluşum sıklığı, 2.Semptom şiddeti, 3.Semptom sıklığı derecesi (Lenz ve ark. 1997). Portenoy ve ark. (1994) semptom sıklığı, şiddeti ve stresinin kontrol listesi olarak tanımlanmasını önermiştir. Böylece hastaların semptom deneyimleri çok boyutlu incelenebilir (Portenoy ve ark. 1994).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi içerisinde dahil olan son semptom deneyimi boyutu semptomun niteliğidir. Bu boyut semptomun yapısına veya bunun ortaya çıkış ya da yaşanma biçimine karşılık gelmektedir; yani, semptoma sahip olmanın kişiye ne hissettirdiğidir. Bu boyutun dahil edilmesiyle, TOUS, semptomlar arası ortak özelliklere ek olarak, her bir semptomun kendine özgü boyutlarının ve karakteristiklerinin olduğunu da kabul etmektedir. Her semptomu tanımlayan unsurlar yüksek derecede spesifikdir. Örneğin, ağrı genelde his ile tanımlanır: batan, yanan, saplanan, vuran vb. ve yeri ile de tanımlanmaktadır. Ağrının yapısında görülen değişimler hastalık ilerlemesi ile ilgili olabilir ve bu yüzden semptom-spesifik ölçütlerde yaygın şekilde kullanılırlar. Dispne, bireyin hissettiği nefes darlığı şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımlayıcı unsurlar önemlidir; çünkü, bir hastalık durumundan (veya ilerleme safhasından) diğerine sistematik farklılık gösterirler ve etkili semptom yönetimi açısından değerlidirler. Spesifik semptomların niteliğinin tanımlanması ve

ölçümü (ve semptom kümelerinin) bireyin ne yaşadığını anlatabilme kabiliyetine bağlıdır (Lenz ve Pugh 2008).

Semptom tanımları ve özel semptomların kalite ölçümleri (ve semptom grupları) hastaların deneyimlerinin ne olduğuna bağlıdır. Tanımlarda kişisel ve toplumsal farklar olabilir. Kalitatif araştırmalarda sıklıkla değişik hasta popülasyonları ile semptom deneyim kalitesini tanımlama önemlidir. Kalitatif metodlar erken evre araştırmalarında kullanılmıştır ve kişisel tanımlar sonraki gelişmeler için kantitatif araştırmada kullanılmıştır. Semptomların ölçümü tüm dört karakteristiği içeren şekilde tanımlayıcı olmalıdır (Kim ve ark. 2006).

Etkileyen Faktörler

Semptom deneyimini etkileyen üç faktör kategorisi (ve bunun karşılığında birbirinden etkilenebilen) TOUS'nde tanımlanmıştır:

- fizyolojik,
- psikolojik
- durumsal faktörler.

Bir semptomu etkileyen spesifik faktörler bir başka semptomu etkileyenlerden farklı olabilir. Birden fazla faktörün birlikte yarattığı etki, tek bir semptomun yarattığı etkiden farklı olabilir. Örneğin, ileri aşamadaki bir hastalık (fizyolojik), depresif ruh hali (psikolojik) ve sosyal destek eksikliği (durumsal) kombinasyonu bu faktörlerin birinin yarattığından daha yoğun ve stresli bir sendroma neden olabilecektir (Kapella ve ark. 2006, Lenz ve Pugh 2008).

Fizyolojik faktörler; anatomik/yapısal, fizyolojik, genetik ve tedavi-ilişkili değişkenleri içerir. Bunların tamamı bir semptomun oluşumunu ve nasıl hissedildiğini etkileyebilir. Örneğin, emziren annelerin bitkinlik deneyimleri doğum sürecinin süresi, doğum tipi, hidrasyon düzeyi, doğumdan bu yana geçen süre, annenin yaşı ve enfeksiyon olup olmadığı gibi pek çok fizyolojik faktörden etkilenmektedir. Fizyolojik faktörlerle semptomlar arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Buna ilaveten, tedaviler çoğunlukla olumsuz semptomlara neden olur. Klasik örnekler arasında olumsuz semptomlar olarak algılanan etkiler yaratan kanser kemoterapisi, radyasyon ve diğer medikasyonlar yer almaktadır (Lenz ve Pugh 2008).

Psikolojik faktörler modelin en kompleks bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Hem ruhsal hem de bilişsel değişkenleri etkilerler. Semptomdan önce veya semptom esnasında bireyin ruh hali (yani endişe veya depresyon seviyesi), semptomla ilişkili olmasa bile, hastalığa veya semptomun kendisine verdiği ruhsal yanıt (öfke, korku, endişe) semptomu büyütebilir. Bilişsel değişkenler arasında belirsizlik ve bilişsel başa çıkma yetenekleri vardır. Semptom deneyimini etkileyen psikolojik ve fizyolojik faktörlerin de birbirinden ayrılması zordur (Lenz ve Pugh 2008).

Durumsal faktörler, bireyin sosyal ve fiziksel çevresini içerir. Örneğin, semptom deneyimi kültüre göre değişebilir; çünkü, semptomların yorumlanması ve ifadesinde öğrenilmiş bir bileşen vardır. Diğer durumsal faktörler semptom deneyimlerinden etkilenebilir. Bireyin geçmiş öyküsü, araştırmalara ulaşım olanağı, finansal, duygusal

ve kurumsal yeterliliği içerir. Örnek olarak, sosyo-ekonomik durum, evlilik ve aile durumu ve sağlık bakım yolları verilebilir. Yaşam davranışları, örneğin, sigara içme ve egzersiz, semptom oluşumu ve semptom şiddetini etkiler. Fiziksel çevre semptomları etkileyebilir. Yükseklik, sıcaklık, rutubet, ses seviyesi, ışık ve havada veya suda polenlere veya iritanlara maruz kalmayı içerebilir (Lenz ve Pugh 2008).

Jurgens (2006) araştırmasında etkileyen faktörleri düşük somatik farkındalık, aralıklı semptomlar, yaş, kadın cinsiyet, yer, şiddet, semptom kalitesi ile ilişkili önyargılar ve eksternal faktör olarak sağlık profili ve evsel faktörler olarak tanımlarken; değişkenleri ağrı, şiddet, fiziksel semptom miktarı ve hastalıkla ilişkili ciddi semptom algısı olarak tanımlamıştır (Jurgens 2006).

Performans Sonuçları

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinde sonuç kavramı performanstır. Semptom deneyiminin sonuçlarını temsil eder. Teori, semptom deneyiminin bireyin fonksiyon gösteriminde motor kabiliyetler, sosyal davranışlar ve bilişsel yapı bağlamında etkili olabileceğini ileri sürer (Jurgens 2006, Lenz ve Pugh 2008).

Performans kavramı birkaç olası boyuta sahiptir:

- fiziksel aktivite ve engellilik, fonksiyonel rol performansı; buna günlük yaşam aktiviteleri dahildir.
- bilişsel yapı; buna kavrama, öğrenim ve konsantrasyon dahildir.
- problem çözme ile sosyal etkileşim.

Bir veya bir dizi semptom eş zamanlı veya zaman-sıralı şekilde farklı performans sonuçlarına neden olabilir. Örneğin, dispnesi olan bir kalp yetmezliği hastasının, yokuş çıkma, merdiven çıkma ve market torbalarını taşıma yetenekleri kısıtlanır. Performans kavramı, birçok olağan boyuta sahiptir: fiziksel aktivite ve düzelme, fonksiyonel rol performansı, günlük yaşam aktiviteleri, ve sosyal davranışlardır. Verilen semptomlar veya semptomlar grubu farklı performans sonuçları içerebilir. Sonuç olarak; performansta birçok fonksiyonel sınırlılıklar, yaşlılık, yerleşim yeri, arkadaşlar, sosyal yaşamı sürdürme durumu ve alışveriş, yemek yeme, bağımlılık ve kişilerin apartman veya ev merdivenlerini çıkma zorunlulukları yer alır. TOUS bir sonuç olarak kesinlikle yaşam kalitesini (Quality of Life, QOL) içermez. Bugünkü etkili değişkenlerde semptomların etkileri daha kesin bir sonuç olarak psikolojik faktörlere semptom deneyimlerinden geri bildirim ile ele alınmaktadır (Lenz ve Pugh 2008).

Hemşirelik Araştırmalarında Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinin Kullanımı

Giderek artan sayıda araştırmacı TOUS'ni araştırmalarında genel çerçeve olarak kullanmaktadır. Araştırmalarda kullanıldığı kliniksel popülasyonlar içerisinde; kanser, miyokardiyal enfarktüs, kalp yetmezliği, mitral kapak prolapsusu, siroz, hemodiyaliz, felç, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler ve gebelik, gebelik sonrası ve emzirme dönemindeki kadınlar yer almaktadır (Lenz ve Pugh 2008).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinin ilgilendiği sonuç performanstır; bu performans fiziksel, bilişsel ve sosyal fonksiyon gösterimini içerir. Bu kavramlaştırmanın çok sınırlı olduğu yönünde eleştiriler mevcuttur. Üzerinde şu ana

kadar en yaygın şekilde çalışılan sonuç fonksiyonel performans veya fonksiyonel sağlık durumu olmuştur; hastalığa özel ya da genel enstrümanlarla ölçülmektedir.

Diğer sonuçlar arasında;

- bakım-arama şablonları,
- sağlık kaynaklarının kullanımı,
- sağlık endişeleri,
- ölüm yer almaktadır.

Performans sonuçlarını içeren araştırmaların neredeyse tamamının semptomlarla olan ilişkileri ortaya koyduğu görülmektedir.

İstisna olarak,

- Michael, Allen ve Macko (2006) ise kronik hemiplejik felç geçiren hastalarda bitkinliğin gezici aktivite ile bağlantılı olmadığını,
- Crane (2003) ise bitkinliğin miyokardiyal enfarktüs sonrası kadınların fiziksel aktiviteye katılımını etkilemediğini saptamıştır (Lenz ve Pugh 2008).

Hemşirelik Uygulamalarında Rahatsız Edici Semptomlar Teorisinin Kullanılması

Şu ana kadar TOUS'nin kliniksel uygulamada kullanımıyla ilgili yayınlanmış araştırmalar vardır; ancak sadece birkaç araştırmada kliniksel girişimler test edilmiştir. Örneğin, Pugh ve Milligan (1995, 1998; Milligan, Flenniken & Pugh, 1996) emziren annelerde bitkinliği minimize etmek için TOUS temelinde birkaç araştırma yapmışlardır; çünkü bitkinliğin emzirmenin başarısının önünde temel bir engel olduğu tespit edilmiştir (Portenoy ve ark. 1994, Pugh ve Milligan 1998). Çok yönlü uygulama olarak;

- diyet ve egzersiz tartışmaları,
- uyku ve dinlenme ihtiyacı,
- annelerin öz güvenini yükseltmeye dönük çabalar,
- sosyal desteğin kullanımı,
- ılık kompresler gibi rahatlık ölçütleri,
- enerjiyi korumak için emzirirken yana doğru yatar pozisyonda olunması gibi unsurları içermektedir.

Kontrol grubu annelerine kıyasla bu yöntem uygulandığında;

- doğum sonrası dönemde doğumdan 14 gün sonra deney grubundaki annelere bitkinlikte azalma görüldüğü,
- emzirmeyi ortalama 6 hafta daha fazladan sürdürebildikleri saptanmıştır (Lenz ve Pugh 2008).

Araştırmacıların çoğunluğu araştırmalarının uygulamadaki etkilerini ele almışlardır. Neredeyse araştırmaların tamamı çoklu semptomların eşzamanlı oluşması temelindedir; çünkü semptomların oluşum düzeni semptomlar ve kliniksel popülasyonlar arasında en fazla bu şekilde görülmektedir. Aynı zamanda semptom deneyiminin çoklu boyutlarının rutin şekilde değerlendirilmesinin önemine de dikkat çekmişlerdir. Örneğin, Parshall ve meslektaşlarının (2001) elde ettiği bulgular, kalp

yetmezliği hastalarında çok yönlü bir değerlendirmenin hem ayakta hem de acil serviste tedavi bağlamında değerlendirilmesiyle ilgilidir. Bu değerlendirme hastaneye yatma riski altındaki ayakta tedavi edilen hastaların tespitini sağlayabilir ve dispne hastaneye yatma oranlarının düşürülmesine yönelik girişimlerin tasarımına rehberlik edebilir (Parshall ve ark. 2001).

Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi, aynı zamanda semptom deneyiminin belirli boyutlarının ortaya çıkarılmasına ve daha semptom-spesifik modeller tarafından ele alınmayan potansiyel semptom yönetimi stratejilerine dikkat çekilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, TOUS semptom deneyiminin kendisinin çok değişkenli şekilde değerlendirilmesine, olası etkileyici faktörlere dikkat çeker ve biyopsikososyal yaklaşımın uygulanması için genel bir mantık ve çerçeve oluşturur. Etkileyici semptomların çok değişkenli yapısı göz önüne alındığında, çoklu yönetim stratejilerinin eşzamanlı olarak uygulanmasına ihtiyaç duyulabileceğini savunur. Bazı etkileyici faktörlerin çoklu semptomları arttırabileceğini veya etkileyebileceğini de savunmaktadır. Aynı zamanda birkaç semptomun eşzamanlı oluşmasının hastanın fonksiyon gösterimi üzerindeki olumsuz etkisinin önemine vurgu yapar ve fonksiyonel hasta sonuçlarının değerlendirilmesini destekleyen bir yapıya sahiptir. Cooley'e (2000) göre, TOUS değerlidir; çünkü, "semptom deneyiminin kompleks ve interaktif yapısı ile bilgilerin entegre edilmesi için bir yöntem sunmaktadır". Hutchinson ve Wilson (1998)'da, modelin hemşireleri semptomların interaktif yapısı, etkileyici faktörler ve sonuçlarını kapsayan girişimler tasarlamaları için desteklediğini ve böylece onları hasta-spesifik hale getirdiğini ifade etmiştir (Lenz ve Pugh 2008).

SONUÇ

Sonuç olarak; semptomlar hakkında hastaların düşünce ve yorumları ile semptomlar belirlenerek, araştırmacı ve klinisyenlerin semptomların hem tek hem de kombinasyonlarını dikkate almaları sağlanmaktadır. Semptom yönetimi stratejileri, semptom deneyimini gidermek, geciktirmek veya en aza indirmek için çaba göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı hemşirelikte son dönem araştırmalar sıklıkla semptomlar ile fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Hemşirelik bakımında semptomlarla ilişkili Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi ile hastaların semptomları tanımlanarak semptom yönetimine katkı sağlanması bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Humprey ve ark., 2008, Reishtein 2005).

KAYNAKLAR

- Francoeur RB. The Relationship of Cancer Symptom Clusters to Depressive Affect in the Initial Phase of Palliative Radiation. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 29(2): 130-55.
- Gift A. Middle Range Theories. Ed: Peterson, S.J., Bredow, T.S., Wolters Kluwer, 2. Ed.; 2009. 82-98.
- Henley SM, Kallas KD, Klatt CM, Swenson, KK. The Notion of Time in Symptom Experiences. *Nursing Research* 2003; 52(6): 410-7.
- Humphreys, J., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V., et al. (2008). *Theory of Symptom Management, Middle Range Theory for Nursing, Second Edition, New York, 145-58.*

- Jurgens, CY. Somatic Awareness, Uncertainty, and Delay in Care-Seeking in Acute Heart Failure. *Research in Nursing & Health* 2006; 29: 74-86.
- Kapella MC, Larson JL, Patel M.K & et al. Subjective Fatigue, Influencing Variables, and Consequences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Research* 2006; 55(1): 10-7.
- Kim SH, Oh EG, Lee WH & et al. Symptom Experience in Korean Patients with Liver Cirrhosis. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31(4): 326-34.
- Lee EH. Relationships of Mood Disturbance, Symptom Experience, and Attentional Function in Women with Breast Cancer Based upon the Theory of Unpleasant Symptoms. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2005; 35(4): 728-36.
- Lenz ER, Suppe F, Gift AG, Pugh LC, Milligan RA. Collaborative Development of Middle-Range Nursing Theories: Toward a Theory of Unpleasant Symptoms. *Adv Nurs Sci*. 1995; 17 (3): 1-13.
- Lenz ER, Pugh LC, Milligan R & et al. The Middle-Range of Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. *Adv. Nurs. Sci*. 1997; 19: 14-27.
- Lenz ER, Pugh LC. *Theory of Unpleasant Symptoms, Middle Range Theory for Nursing, Second Edition*, New York. 2008. 159-82.
- Myers JS. A Comparison of the Theory of Unpleasant Symptoms and the Conceptual Model of Chemotherapy-Related Changes in Cognitive Function. *Oncology Nursing Forum* 2009; 36 (1): 1-10.
- Parshall MB, Welsh JD, Brockopp DY & et al. Dyspnea Duration, Distress and Intensity in Emergency Department Visits for Heart Failure. *Heart & Lung* 2001; 30(1): 47-56.
- Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB & et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an Instrument for the Evaluation of Symptom Prevalence. Characteristics and Distress, *Eur. J. Cancer* 1994; 30: 1326-36.
- Pugh LC, Milligan RA. Nursing Intervention to Increase the Duration of Breastfeeding. *Applied Nursing Research* 1998; 11: 190-4.
- Ream E, Richardson A. Fatigue in Patients with Cancer and Chronic Obstructive Airways Disease: a Phenomenological Enquiry. *Int. J. Nurs. Stud.* 1997; 34(1): 44-53.
- Reishtein JL. Relationship Between Symptoms and Functional Performance in COPD. *Research in Nursing & Health* 2005; 28: 39-47.
- Smith MJ, Liehr PR. Understanding Middle Range Theory by Moving Up and Down the Ladder of Abstraction. *Middle Range Theory for Nursing, Second Edition*, New York. 2008. 13-31.
- Tyler R, Pugh LC. Application of the Theory of Unpleasant Symptoms in Bariatric Surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009; 4 (4): 271-6.