

Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Hizmetinin Sunumu*

Delivery of Nursing Service in Intensive Care Units

S. Deniz ÖZTEKİN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2004;8(1):17-24

Yoğun bakım üniteleri gibi kritik hastaların bakımını sağlayan özel birimlerde çalışan hemşireler, hasta bakımının iyileştirilmesine yönelik önlemler almak zorundadırlar. Kritik bakım alanlarında hasta bakım standartlarının belirlenmesi, yeterli eleman sayısına ulaşılması, multidisipliner ekip yaklaşımı, sürekli gözlem ve kayıt yoluyla verilen hemşirelik hizmetinin sunum sisteminin geliştirilmesi, maliyetin düşürülmesine ve risklerin en aza indirilmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Kritik bakım/standart; yoğun bakım ünitesi/standart; hemşirelik bakımı/standart; kalite temini, sağlık hizmeti.

The nurse working in specific settings like intensive care units for critically ill patients must take precautions to improve patient care. These include defining the standards of patient care in relevant settings, allocating adequate staff, utilizing a multidisciplinary team approach, and developing the nursing delivery system by continuous observation and documentation. This will also result in decrease in costs and effective risk minimization.

Key Words: Critical care/standards; intensive care units/standards; nursing care/standards; quality assurance, health care.

Kritik hasta bakımının sürdürülen yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşireler, hastaların yakın izleminin gerçekleştirilmesi ve hastaların özel sorunlarına yönelik hemşirelik hizmetinin verilmesi amacıyla hizmet etmektedirler. Kritik hasta bakım hizmetinin sunulduğu bu ünitelerde dikkatli izlem ve ortaya çıkabilecek sorunların öngörülmesi, sorunlara yönelik gerekli hemşirelik aktivitelerinin planlanması ve uygulanması temel hedeflerden biridir.^[1-6]

Bakımları sürdürüldüğü kritik durumdaki hastalar açısından YBÜ'lerin gösterdiği çeşitlilik, risklerin artmasına yol açmaktadır. Bu derleme, kritik hasta bakımının gereksinildiği

YBÜ'lerde hemşirelik hizmeti sunumuna ilişkin bakım standartlarını, hemşirelik aktivitelerini ve hasta bakımının iyileştirilmesine yönelik önlemleri ele almaktadır.

KRİTİK HASTA BAKIMI KAVRAMININ TEMELİ

Özel bir ortamda veya özel gereçler yardımı ile çalışma, bilgi ve beceriye dayalı karar verme sürecinde doğru karar verme ve verilen kararların uygulamaya aktarma yeteneğidir.^[1-3]

Hemşirelik hizmeti sunum yöntemleri, belli bir kurumda çalışan hemşireler tarafından, hastalara bakım vermek amacıyla kullanılmaktadır.

*2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sunulmuştur (07-11 Eylül 2003, Antalya).

(Öztekin, Yrd. Doç. Dr.) İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

İletişim adresi: S. Deniz Öztekin, İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 34360 Şişli, İstanbul.
Tel: 0212 - 440 00 00 / 27014 Faks: 0216 - 302 44 34 e-posta: dnzoztekin@hotmail.com

Hemşirelik hizmeti sunum sistemlerinden biri olan vaka yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumunda bütün disiplinlerin katılımını sağlayan ve sağlık ekibi üyelerinin performansını en üst seviyeye çıkaran multidisipliner bir yaklaşımdır.^[6] Hemşirelikte vaka yönetimi bir iş planlama modeli ve genel vaka yönetiminin bir dahıdır. Hemşirelikte vaka yönetimi, hastanın gereksinimlerinin ön planda tutulması esasına dayanan, düzenli ve kesintisiz bir biçimde bakımın düzenlenmesidir. Bu yöntem, özellikle yüksek riskli hastalar olmak üzere hasta gruplarına odaklanmaktadır.^[7]

Hemşirelikte vaka yönetimi

- Vaka yöneticisi hemşire,
- Hasta,
- Aile, hekim,
- Diğer sağlık ekibi üyeleri arasında hiyerarşik olmayan, çok boyutlu, birbiri ile etkileşim içinde bir grup uygulamasıdır.^[8]

Grup

- Hedefleri birlikte saptar,
- İşbirliği içinde çalışır.

Uygulamanın odak noktası

- Hastadır.

Grubun başarısında en önemli etken

- Grup içindeki etkileşim ve işbirliğidir.

Klinik vaka yöneticisi

Yoğun bakım ünitesi gibi homojen bir üniteye yedi hastaya bakım verebilir. Tanıları farklı olan hastaların yattığı üniteye ise hasta sayısı yedinin altında olmalıdır. Bakım planları olarak klinik bakım protokolleri kullanılmaktadır. Klinik bakım protokolleri tıbbi tanılara göre düzenlenmiş, sağlık ekibi üyelerinin sorumlu olduğu aktiviteleri ve hasta hedeflerini gösteren planlardır.

Yoğun bakım üniteleri gibi kritik bakım alanlarındaki hastaların hemşirelik bakımı, tüm sağlık ekibi üyelerinin işbirliğini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, işbirlikçi çalışmadan söz edilmelidir.

İşbirlikçi çalışma

- Hekim ve hemşirelerin, diğer sağlık ekibi üyelerinin katkılarını almaları,

- Hasta bakımıyla ilgili kararları birlikte vermeleri ile sağlanabilir.^[7]

Hemşirelik hizmeti sunum sistemlerinden bir diğeri ekip hemşireliğidir. Yoğun bakım üniteleri gibi kritik bakım alanlarında, hastaya bakım veren temel hemşirenin hasta bakımına daha fazla zaman ayırabilmesi için bir bakım ekibi modelinin oluşturulması gereği vurgulanmaktadır.^[8]

Bakım ekibi modelinin ön plana aldığı konular

Maliyet-etkinlik gibi yönetsel işlevlerin yürütülmesi ve klinik gereksinimlerin karşılanmasıdır.^[7]

Profesyonel ileri bakım ekibi modeli

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların gidererek artmasına karşın yatak ve hemşire sayısının yetersizliğine yanıt olarak geliştirilmiş bir modeldir. Modelin en önemli özellikleri şunlardır:

- Lisans programından mezun hemşireler, primer hemşire ve klinik bakım yöneticisi hemşiresi olmak üzere iki rol üstlenmiştir.^[4,7]

- Klinik bakım yöneticisi hemşiresi, klinik ve yönetim açısından bilgi ve beceri ile donatılmıştır.^[6,7]

- Ön lisans mezunu ve yardımcı hemşireler ise, direkt hasta bakımı rolünü üstlenmiş ve sürekli gözetim altında çalışmaktadırlar.

- Hemşirelerin hemşirelik dışı işlevleri bırakmaları açısından üniteye destek hizmetler artırılmıştır. Örneğin, primer hemşireye yardımcı olmak üzere yoğun bakım teknisyeni adı altında bir ekip yetiştirilmiştir. Bu ekibin elemanları, daha önce sağlık eğitimi (hemşirelik, tıp, paramedikal) ve uyum programı almışlardır.

Uyum programında yer alan konular

- Banyo hizmetinin verilmesi,
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibinin yapılması,
- Yaşamsal bulguların alınması,
- Odanın düzenlenmesi,
- Parmaktan kan şekeri incelemesinin yapılması,
- 12 derivasyonlu EKG çekilmesi gibi teknik becerilerdir.

Yoğun bakım teknisyeni tümüyle primer hemşire gözetiminde çalışmaktadır. Böylece

primer hemşire hasta bakımını daha iyi düzenleme olanağı bulabilmektedir.

Lisans mezunu klinik bakım yönetici hemşiresi, üç haftalık bir oryantasyon programına alınır. Bu programa,

- Klinik değerlendirme-tanımlama,
- Sağlık hizmetlerinin eşgüdümü,
- Finansal ödeme sistemleri alınmıştır.

Klinik bakım yönetici hemşiresi, yoğun bakım hastalarının kabulü, taburcu, transfer edilmesi ve bakımın koordine edilmesinden sorumludur. Hastanın yatış süresi ile ilgili sorunları çözmeye çalışır.

Primer hemşirenin sorumluluğu ise, hastanın direkt bakımını yönetmektir. Bu ikili birlikte çalışır ve birlikte karar verir.^[4,6,7]

Bir bakım ekibi modelinin dört önemli koşulu

- Temel hemşire ve ünite sorumlu hemşiresinin rollerinin belirlenmesi,
- Ünite sorumlu hemşiresinin pozisyonunun belirlenmesi,
- Temel hemşirelik bakımının verilmesinde yardımcı personelin kullanımı,
- Hemşireye ait olmayan hizmetlerin destek grubu ile ünite düzeyinde geliştirilmesidir.^[2]

Sağlık ekibi modeli iki hemşirelik rolünün tanımlanmasını gündeme getirmektedir.

- Ünite sorumlu hemşiresi,
- Temel hemşire.^[1]

1) *Sağlık ekibi modeli'ne göre temel hemşire:* Hasta üniteye kaldığı süre içerisinde hastanın bakımını yönetir. Temel hemşire, direkt hasta bakımı için hastaya daha fazla zaman ayırarak hasta ile daha sıkı bir iletişim olanağı bulabilir.^[1]

2) *Sağlık ekibi modeli'ne göre ünite sorumlu hemşiresi:* Dolaylı bakım konuları ile ilgilenir. Hasta yoğun bakım ünitesinde kaldığı süre içinde ünite sorumlu hemşiresi ve temel hemşire işbirliği içinde çalışır. Klinik ile ilgili kararların alınması olanak bulunduğu (boş vakit) değerlendirilmelidir.^[1]

Primer hemşirelik modeli

Primer hemşirelik modeli de bir hemşirelik sunum sistemidir.^[4]

Vaka yönetimi modeli

1. Her bir hasta ile ilgili klinik ve ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesinden yatak başında bakım veren hemşireler sorumludur. Başka bir deyişle anlamıyla; doğrudan bakım veren hemşireler aynı zamanda vaka yöneticiliği yapmaktadır.

2. Hasta bakımı, ödeme sistemine uygun yatış süreleri içinde, her bir vaka grubuna özgü hazırlanmış ortak bakım planları ve bakım protokolleri ile izlenir.

3. Kalite, yazılı olarak belgelenir, sürekli kontrol edilir ve ekip tarafından ortak değerlendirilir.

4. Hasta ve ailesi her aşamada kararlara, sorumluluklara ve kontrole aktif olarak katılır.

Yoğun bakım ünitelerinde etkili ve adil bir çalışmanın planlanması

Bakım standartlarının oluşturulması ve bakım için gerekli sürenin saptanması önem taşımaktadır.^[1]

1. *Bakım standartlarının oluşturulması:* Lider hemşireler kurumun bakım standartlarını, ulusal zeminde ele alınan bakım standartları kapsamında düşünerek ele almalıdırlar. Sağlık bakım hizmeti sunan kurumlar, hasta bakımının sürdürülmesine yönelik bakım standartlarını kendi kurumunda çalışan, konu ile ilgili elemanlara vermek durumundadır. Standartlar, temel anlamda benzerlikler göstermekle birlikte, kurumlara göre değişiklik gösterebilir. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, Amerikan Hemşireler Birliği ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği onaylı bir bakım standartları rehberini kabul etmişlerdir. Yoğun bakım hizmeti sunan hemşireler, genel kurum standartlarına ek olarak kritik bakım standartlarında odaklanmalıdırlar. Bu standartlar, hasta bakım hizmeti sunumu ile ilgili kuralların yanısıra, hemşirelerin hukuksal anlamda karşılaşılabilecekleri konularada açıklık getirebilecek özellikte düzenlenmiş olmalıdır.^[3]

2. *Bakım için gerekli sürenin saptanması:* Hasta bakımı için gereken bakım gereksiniminin belirlenmesini gündeme getirmektedir.

Böylece;

- Hasta başına düşecek hemşire sayısının belirlenmesi bakımın niteliğinin ortaya çıkmasını,

- Hastaların bakım gereksinimlerinin eksiksiz ve yeterli şekilde belirlenmesinin sağlanması,

- Hemşirenin, hasta bakımı için harcadığı zamanın etkin kullanımını destekleyecektir.^[3,9]

Gerekli hemşirelik bakımının belirlenmesi

Hemşirelik işlevlerinde hemşire yöneticilerin karşılaştıkları en güç görevlerden biri, teknoloji ve tıbbın gelişimi ile birlikte artan bakım gereksiniminin karşılanmasına yönelik "kaynak ve hizmetlerin dağılımı"nın planlanmasıdır.

Gereksinilen insan gücünün planlanmasında,

- Hasta sınıflandırması,

- İş yükü,

- Hemşirelik aktivitelerinin ölçümü, gibi yöntemler kullanılmaktadır.^[1]

Cerrahi hastalarının bakım gereksinimlerinin fazla olması nedeniyle cerrahi YBÜ'lerde hemşirelik bakımının belirlenmesinde Tedavi Girişimi Sınıflandırma Skalasının (TGSS) kullanımı etkindir. Bu skala, YBÜ'lerde hasta için gerekli hemşirelik bakımının iş yükünün ve aktivitelerin gösterilmesi açısından kullanışlıdır.

Tedavi girişimi sınıflandırma skalasının amaçları;

Hastanın durumunu değerlendirmek ve hastalığın derecesini belirlemektir.^[1]

Bu kapsamda, hastalığın ciddiyeti belirlenebilmekte, hasta-hemşire oranı saptanabilmekte, hastalar sınıflandırılabilen ve ünite içindeki boş yatakların kullanımına yardımcı olunabilmektedir.^[1]

Hemşirelik bakımının iş yükü

Hasta sınıflandırması hemşirelik bakımı gereksinimini belirleyen bir değerlendirme olup, hemşirelik iş yükünün belirlenmesi açısından bir süreçtir. Methodist sınıflandırmasında 36 değerlendirme kriterine göre altı grup hasta dahilide, cerrahi, pediatri, doğum, rehabilitasyon, geriyatri ve özel ünitelerini değerlendirmek mümkün olmaktadır.

Bu kriterlere göre,

- Hastaların bakım gereksinimleri saptanır.

TABLO I

Hasta bakım gereksinimi gruplarına göre hemşirelik bakım süresinin belirlenmesi^[1]

Hasta grubu	Puan	Hemşirelik bakım süresi (Saat aralığı)
I	0-11	0-4
II	12-33	4-7
III	34-55	7-10
IV	56-85	10-14
V	86-125	14-20
VI	125+	20+

- Her bir bakımın gereksinimi saptanır.

- Her bir bakım gereksinimi puanlanır.

- Bu puanlamalara göre her hasta için gerekli bakım süresi, saat olarak belirlenir.

- Böylece ünite için gereken hemşire sayısı saptanır (Tablo I).^[1]

Son üç grup yoğun bakım hastalarını kapsamaktadır. Methodist'te uygulanan hemşirelik bakımının iş yükü hesaplanırken şu aşamalar izlenir:

1. Listelenmiş 36 aktivite arasından hastanın gereksinimlerine uygun ve bakım için gerekli aktiviteler seçilir ve hastanın aldığı puanlar toplanarak hastanın hangi gruba girdiği belirlenir. Hastanın aldığı puana göre 24 saat süresince gerekli hemşirelik bakım süresi belirlenir.

2. Hastanın aldığı puana göre 24 saat süresince gerekli hemşirelik bakım süresi belirlenir.

3. Her sınıflama grubundaki hasta sayısı belirlenir ve o gruba ilişkin sabit katsayı ile çarpılır. Elde edilen sayı iş yükü indeksini verir.

4. Toplam iş yükü indeksi her gruptaki toplam hasta sayısına bölünür ve bir ortalama elde edilir.

5. Elde edilen iş yükü indeksi sabit bir sayı olan hedef süre ile çarpılarak tüm hastalar için 24 saat boyunca gereksinilen bakım süresi belirlenir ve şift sekiz saat olduğu için gerekli eleman sayısını belirlemek üzere, bu sayı sekiz'e bölünür.^[1]

Aberdeen formülü adı verilen ve İskoçya Sağlık Heyeti Çalışma Grubu tarafından geliştir-

rilen bu formüle göre analiz edilen hemşirelik hizmetleri; beş grupta toplanmıştır.

Bu gruplar;

1. Temel hizmetler
2. Teknik hizmetler
3. Yönetmel hizmetler
4. Ev hizmetleri
5. Diğer hizmetler

Aberdeen sınıflamasına göre her bir hizmet grubu için harcanan bakım süresi belirlenir ve her serviste 7 gün 12'şer saat çalışıldığı düşünülür. Hastalar *a, b, c, d, e* olmak üzere beş gruba ayrılmıştır.^[1]

A grubunu, hemşireye bağımlılığı fazla, E grubunu ise hemşireye bağımlılığı en az olan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların hareket yeteneği sınıflandırması da oldukça önemlidir. *A, b, c* grubunda yatağa bağımlı, *d, e* grubunda ise ayakta dolaşan hastalar bulunmaktadır.^[1]

Aberdeen'in hasta sınıflandırma kriterleri:

a) Yatağa-sandalyeye bağımlı tamamen aciz hasta:

- Sürekli yatan yada sandalyede oturan,
- Yatağının yapılmasına gereksinim duyan,
- Yıkayıp giydirilmesi gereken,
- Ağız, saç ve diğer bakım gereksinimleri olan,
- Yatakta banyo yaptırılması gereken,
- Kaldırılma ya da hareket ettirilmeye gereksinim duyan,
- Sürgü-ördek isteyen,
- Masaj yapılması gereken,
- Yemek yedirilmesi gereken,
- Mektup yazılması vb. gereksinimleri karşılanması gereken,

b) Yatağa-sandalyeye bağımlı kısmen aciz hasta:

- Yatağa ve sandalyeye bağımlı,
- Yatağının yapılmasına gerek duyulan,
- Yıkınması veya yıkanırken yardım edilmesi ya da giydirilmesi gereken,

- Özel ağız bakımı ve benzeri etkinlikleri olan,

- Yatakta banyo gereksinimi duyan,
- Sürgü-ördek isteyen,
- Masaj gerektiren,
- Yardımla ya da yardımsız yemek yiyebilen,
- Mektup yazma gibi kişisel gereksinimlerinde yardım gereken,

c) Yatağa-sandalyeye bağımlı aciz olmayan hasta:

- Yatağa ve sandalyeye bağımlı,
- Yatağının yapılmasına gerek duyan,
- Temizliğini yapabilen,
- Ağız temizliği gibi etkinliklerde yardım isteyen,
- Yatakta ya da banyoda, yıkanırken yardıma gereksinim,

- Bazen kaldırılması gereken,

- Sürgü-ördek isteyen,

- Masaj yapılması gereken,

- Yemeğini yiyebilen,

- Kişisel gereksinimlerini karşılayabilen,

d) Yarı bağımsız hasta:

- Yatağa kısmen bağımlı,

- Yatakta değil iken yatağının yapılması gereken,

- Yıkınma sırasında yardım istemeyen,

- Ağız temizliği ve benzeri işleri yapabilen,

- Banyoda yardım gereken,

- Yataktan çıkmak için yardım isteyen,

- Tuvalete gidebilen,

- Yatak yarası gelişme olasılığı az olan,

- Yemeğini yiyebilen,

- Kişisel gereksinimlerini karşılayabilen hastalar,

e) Tamamen bağımsız hasta:

- Yatağa bağımlı olmayan,

- Yatakta değil iken yatağının yapılması gereken,

- Diğer işlerini kendi yapabilen hastadır.^[10]

Aberdeen formülü kullanılarak yapılan çalışmalar sonucu hemşireye bağımlı hastalarda temel hemşirelik bakımına yönelik girişimlerin gerekli olduğunun ortaya çıkmasıyla formülün doğruluğu kanıtlanmıştır.^[11]

Yoğun bakım ünitelerinde sunulan hemşirelik aktiviteleri

Bu hizmetler bazı özelliklere göre gruplandırılabilir. Bunlar:

a) *Yirmi dört saat devam eden hemşirelik aktiviteleri:*

Kan alma, ısı ölçümü, monitör ve ventilatör izlemi, santral venöz basınç (SVB) ölçümü, aldığı-çıkardığı sıvı takibi.

b) *Belli zaman aralıklarıyla uygulanan hemşirelik aktiviteleri:*

Elektrokardiyografi (EKG) çekilmesi, röntgen çekilmesine yardım, fizik muayene, nöbet teslimi.

c) *Gerekli olduğu durumlarda uygulanan hemşirelik aktiviteleri:*

İntravenöz sıvı/ilâç verilmesi, kan transfüzyonu, büret/perfüzör yoluyla ilâç verilmesi, nazogastrik/sublingual/oral/diğer yolla ilâçların verilmesi, endotrakeal tüp aspirasyonu, soğuk uygulama.

d) *Yirmi dört saatte yalnızca bir kez uygulanan hemşirelik aktiviteleri:*

Hasta kabulü, ekstübasyon, ağız bakımı, yatak banyosu, yatak takımlarının değiştirilmesi, varis çorabı giydirme, pansuman değişimi.

e) *Süresi belirlenemeyen hemşirelik aktiviteleri:*

Ameliyat sonrası erken dönemde hastaya açıklama yapılması, ekstübasyon öncesi ventilatör desteğinin azaltılması sırasında ve ekstübasyondan sonra hastaya etkili solunum yapması ve uyanık kalması için uyarıda bulunma, kapalı göğüs drenaj tüplerinin sağlanması, hipotansiyon durumunda yatağın pozisyonunun ayarlanması.

f) *Gece vardiyasına özgü hemşirelik aktiviteleri:*

Yatak banyosu, yatak takımlarının değiştirilmesi, varis çorabı giydirme, pansuman değişimi, soğuk uygulama.

g) *İki hemşire gerektiren uygulamalar:*

Hasta kabulü, endotrakeal tüp aspirasyonu, ekstübasyon (iki hemşire veya hekimle birlikte), yatak takımlarının değiştirilmesi.^[11]

Yoğun Bakım Ünitelerinde İzlenen Fizyolojik Değişkenler

- Arter kan basıncı,
- Kalp hızı,
- Isı,
- Dakika solunum sayısı, tidal volüm, dakika solunum volümü,
- Hematokrit ve hemoglobin değerleri,
- İdrar atım hızı,
- Santral venöz basınç,
- Elektrokardiyografi,
- Serum elektrolitleri,
- Arter kan gazları,
- Pulmoner arter wedge basıncı,
- Kalp debisi, diğer hemodinamik değişkenler,
- Solunum sonu karbondioksit basıncı,
- Transkütan oksijen ve karbondioksit basıncı,
- Plazma, idrar osmolaritesi, osmolar ve serbest su klirensi,
- Kan volümü, plazma volümü,
- Elektroensefalogram (EEG),
- Kafa içi basıncı (KİBAS),
- Oksijen taşıma değişkenleridir.^[11]

Hastalığın seyri ve tipine bağlı olarak değişimler gösteren parametreler sorumlu hekim direktifine uygun olarak istenir.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, hasta ve hasta ailesi kadar aynı ortamdaki stresörlere maruz kalabilmekte ve duygusal reaksiyonlar sergileyebilmektedir.^[11]

Sonuç olarak; özgüven geliştirmek, stresi ortadan kaldıracı mekanizmalar oluşturmak üzere hemşireler şu konulara dikkat etmelidir:

- Yoğun bakım hemşiresi olarak kendi yeteneklerini tanımalı, gerektiğinde yasaların ken-

dine tanıdığı karar verme yetkisini kullanmalı,

- Kendi kişisel profesyonel potansiyelini bilmeli,

- Yoğun bakım hemşireleri olarak sınırlılıklarını bilmeli,

- Hemşirelik bakımının etkilerini tanımlamalı,

- Disiplinler arası iletişim yollarını kullanmalı,

- Ruh sağlığı uzmanının uyguladığı grupları kullanmalı,

- Gerektiğinde, sorumlulukların paylaşılması için çalışma planları yapmalı,

- Enerji toplamak amacıyla dinlenme ve yemek saatlerini kullanmalı,

- Aşırı uyaranların etkisini hissettiğinde kendine rahatlatıcı yollar bulmalı,

- Açık iletişimi sağlayan diğer meslek üyeleri ile ilişkilerini geliştirmeli,

- Yoğun bakım ünitesi dışındaki mevcut kaynakları kullanmalı,

- Rutin olarak eğitim programlarının devamı için program hazırlamalı,

- Profesyonel yaşam dışında zenginleştirici alanları ve destek kaynaklarını geliştirmelidir.^[1,4-6,12-16]

Öneriler

- Tüm YBÜ'lerde, hasta bakımını, izlemine ve tüm hemşirelik aktiviteleriyle ilgili ortak bilgileri kapsayan bir form geliştirilmelidir.

- Bakımın organizasyonunun sağlanması için YBÜ sorumlu hemşiresi ve hastaya bakım veren temel hemşirenin rolleri belirlenmelidir.

- Yoğun bakım ünitelerinde, hasta sınıflandırma sistemleri benimsenerek, kullanılabilir hale getirilmelidir.

- Yoğun bakım ünitelerinde sunulacak hizmet bütüncül bir yaklaşım doğrultusunda, hastaların bakım gereksinimini karşılama anlayışına dayanmalıdır.

- Yoğun bakım ünitelerinde verilen hemşirelik hizmetlerinin kalitesi kontrol edilmelidir.

- Hasta bakımını uygularken, hasta gereksinimine dayalı iş yükü hesaplanarak, üniteye çalışacak hemşirelerin sayısı belirlenmelidir.

- Hemşirelerin çalışma saatleri sekiz saatlik nöbetler şeklinde düzenlenmelidir.

- Hastaların durumlarını belirleyici skalalar kullanılabilir hale getirilmeli ve uygulanmalıdır.

- Yoğun bakım üniteleri için standart bakım planları geliştirilmelidir.

- Yoğun bakım ünitelerinde hizmet içi eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Erkal S. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ilk 24 saatte hemşirelik bakımı için harcanan sürenin belirlenmesine ilişkin bir çalışma [Doktora Tezi]. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul: 1994. s. 1-10.
2. Şahinoğlu H, (editör). Yoğun bakımın doğuşu, gelişmesi ve genel ilkeleri. In: Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 1. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 1992. s. 3-8.
3. McKenzie L. Reducing risks while improving care. *Dimens Crit Care Nurs* 2000;19:32-6.
4. Goode D, Rowe K. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive Crit Care Nurs* 2001;17:294-303.
5. Taheri PA, Butz DA, Greenfield LJ. Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission. *J Am Coll Surg* 2000;191:123-30.
6. Revere L, Roberts R. Improving resource efficiency through management science. *J Healthc ManaG* 2004;49:323-33; discussion 334-5.
7. Türkmen E. Hemşirelikte vaka yönetimi yöntemi ve hasta bakımı üzerine etkileri [Doktora Tezi]. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul: 1997. s. 1-50.
8. Ritter J, Tonges MC. Work redesign in high-intensity environments. *ProACT for critical care. J Nurs Adm* 1991;21:26-35.
9. Calvete Vazquez R, Garcia Arufe MB, Uriel Latorre P, Fernandez Lopez V, Medin Catoira B. Patients' sleep in intensive care units and sleep-modifying factors. *Enferm Intensiva* 2000;11:10-6. [Abstract]
10. Yıldırım D. Hasta sınıflandırma skalası oluşturma [Yüksek Lisans Tezi]. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul: 2000. s. 1-32.
11. Hinds CJ, Watson D, (editors). General aspects of managing critically ill patients. *Intensive care*. 2nd ed. London: W. B. Saunders Company; 1996. p. 245-66.
12. Walder B, Francioli D, Meyer JJ, Lancon M, Romand JA. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Crit Care Med* 2000;28:2242-7.
13. Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care*

- Med 1999;159(4 Pt 1):1155-62.
14. Gabor JY, Cooper AB, Hanly PJ. Sleep disruption in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2001;7:21-7.
 15. Parker KP. Promoting sleep and rest in critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1995;7:337-49.
 16. Simpson T, Lee ER, Cameron C. Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. *Am J Crit Care* 1996;5:173-81.