

## İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Tatmininin Ölçülmesi

The Extent of Patient Satisfaction in Patients who Received Medical Care in the Emergency Unit of Medicine Faculty of Istanbul University

Selma SÖYÜK, Besey GÜNEŞ ÖREN, Birsen YÜRÜGEN

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):12-15*

**Amaç:** Kar amacı gütmeyen bir üniversite hastanesinin acil yoğun bakımında hasta tatminini ve hastayı memnun etmeyen nedenleri saptamak ve burada çalışan personele yardımcı olmak.

**Çalışma Planı ve Yöntemler:** Çalışmaya İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi'nde tedavi gören 24 hasta alındı. Taburcu edildikten sonra tüm hastalarla tatmin dereceleri konusunda telefonla görüşüldü ve 37 sorudan oluşan bir anket formu uygulandı.

**Bulgular ve Sonuç:** Hastaların genel olarak çalışan tüm personele güven duydukları görüldü. Hemşirelerin uygulama yaparken hastalara her zaman açıklama yaptıkları saptandı. Hastalar fizik ortam, donanım ve temizlikten memnuniyetlerini belirttiler. Yemekler doyurucu bulundu. Ücret politikasının hastayı zorlamadığı; gece ve tatil günleri verilen bakım kalitesinin düştüğü saptandı.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık personelinin davranışı; acil tıp hizmetleri; hemşire-hasta ilişkileri; hasta tatmini; sağlık bakımının kalitesi.

**Objectives:** To determine the extent of satisfaction and the reasons of dissatisfaction in patients hospitalized in the emergency unit of a non-profit university hospital.

**Study Design and Methods:** The study included 24 patients who had received treatment in the Emergency Care Unit of Medicine School of Istanbul University. The patients were interviewed by phone following discharge and a 37-item questionnaire was administered concerning the degree of satisfaction.

**Conclusion:** In general the patients had confidence in all personnel. Nurses always enlightened the patients about nursing interventions and applications. A general content was expressed with regard to physical environment, equipment, and hygiene. The meals were found adequate. The cost was affordable. It was noted that the quality of care decreased during night and weekend medical services.

**Key Words:** Attitude of health personnel; emergency medical services; nurse-patient relations; patient satisfaction; quality of health care.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda "nasıl olsa hastalar bize muhtaçtır; mecburen geleceklerdir" yaklaşımı değil, hizmetin odağını hastanın

oluşturduğu bir yaklaşım söz konusu olmalıdır. Hasta odaklı hizmetin temelini hasta tatmini oluşturmaktadır. Bu nedenle hasta tatmininin

\*II. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde sunulmuştur (30 Eylül-4 Ekim 1997, İstanbul).

(Söyüç, Güneş Ören, Öğr. Gör.), (Yürügen Doç. Dr.) İstanbul Üniversitesi Şişli Sağlık Yüksekokulu.

İletişim adresi: Selma Söyüç, İstanbul Üniversitesi Şişli Sağlık Yüksekokulu, Halaskargazi Cad. Etfal Sok. Hastane Yanı, 80200 Şişli - İstanbul.

Tel: 0212 - 232 30 92 Faks: 0212 - 233 46 77

ölçülmesi, yani hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenerek bunların karşılanması gerekir.

Kurumların hayatta kalıp varlıklarını sürdürbilmeleri herşeyden önce sundukları hizmetin kalitesine bağlıdır.<sup>[1]</sup>

1980'li yıllardan bu yana uygulanmaya başlanan toplam kalite uygulamalarının temelinde de müşteri tatmini yer almaktadır. Hastane sektöründe müşteri hastadır ve hasta tatmini üzerinde önemle durulmalıdır. Müşteri hizmete egemen durumdadır.<sup>[2]</sup>

Hasta tatmini, hastanın bakım kalitesi algıları, demografik özellikleri, kişisel özellikler, geçmiş tecrübeleri, tutumlar, beklentiler, bakım sonuçları, hastane fiziksel kaynakları, örgütsel yönetim, hastanede kalış süresi, kurumsal özellikler ve hastalık özelliklerinden etkilenen kompleks bir konudur.<sup>[3]</sup>

Ülkemizde özel hastanelerin büyük bir çoğunluğunda hasta tatmini ölçülürken, kar amacı gütmeyen kamu hastanelerinde bunun yapılmadığı düşünülmektedir. Toplam kalite uygulamalarının önem kazandığı günümüzde hasta tatmini atlanmaması ve üzerinde önemle durulması gereken bir kriterdir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, amacı kar amacı gütmeyen bir üniversite hastanesinin acil yoğun bakımında hasta tatminini ve hastayı memnun etmeyen nedenleri saptamak ve burada çalışan personele yardımcı olmak amaçlandı.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 01.01.1997-31.07.1997 tarihleri arasında yatan hastaların tatminleri ölçüldü. Araştırma kapsamına 24 hasta alındı. Veri toplama aracı olarak 37 sorudan oluşan bir anket for-

mu kullanıldı. Anket soruları hastalara, taburcu olduktan 20 sonra telefonla ulaşılarak soruldu. Hastane ortamında yapılan tatmin anketinin, sonuçları olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda yoğun bakım ortamının seçilmesindeki nedenler, daha önce yoğun bakımlarda hasta tatmininin ölçülmemiş olması ve yoğun bakımlarda hastaların uzun süre kaldıklarından dolayı değerlendirme ve gözlemlerinin daha objektif olacağını düşünmemizdir.

Anketlerde sorular çeşitli katagorilere ayrıldı. Bunlar, hasta-hemşire ilişkisi, hasta-hekim ilişkisi, çalışanlara güven, bakım ve tedavi kalitesi, hastayı bilgilendirme, gerekli güven ortamının yaratılması, fiziki donanım, ısı, konfor, her an hizmete ulaşabilme, gece-gündüz bakım kalitesi farkı, beslenme hizmetleri, transfer hizmetleri ve ücret politikasıdır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma sonuçları verilirken doktor , hemşire, hizmetli personel açısından değerlendirme yapıldı, aralarında herhangi bir karşılaştırmaya gidilmedi.

Hastalara hekim, hemşire ve hizmetli personele güvenme duyguları sorulduğunda, %66.6'sının hekim ve hemşirelere her zaman, %33.7'sinin ise genelde güvendikleri; hizmetli personele %50 oranında her zaman, %16.6 oranında zaman zaman güvendikleri öğrenildi.

Bakım ve tedavi kararlarına duyulan güven açısından hastaların %83.3'ünün hemşirenin kararlarına her zaman, %16.7'sinin genellikle güvendikleri; hekim kararlarına %66.6 oranında her zaman güvenildiği saptandı (Tablo I). Hastaların zamanlarının büyük çoğunluğunu hemşireler ile geçirdiklerinden bu sonucun çıktığı düşünülmektedir.

TABLO I

Tedavi ve bakım kararlarına duyulan güvenin dağılımı

Hizmet grupları	Her zaman		Genellikle		Zaman zaman		Çok nadir		Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hekimin kararlarına güven	16	66.3	4	16.6	4	16.6	-	-	-	-
Hekimin tedavisine güven	16	66.3	8	33.3	-	-	-	-	-	-
Hemşirenin kararlarına güven	20	83.3	4	16.6	-	-	-	-	-	-
Hemşirelik bakımına güven	12	50	4	16.6	4	16.6	4	16.6	-	-

TABLO II

## Hastanın istediği anda hizmet gruplarına ulaşabilme dağılımı

Hizmet grupları	Her zaman		Genellikle		Zaman zaman		Çok nadir		Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hekim	16	66.6	4	16.6	4	16.6	-	-	-	-
Hemşire	16	66.6	4	16.6	4	16.6	-	-	-	-

Hastalara yapılan uygulamalar ve tedavilerde açıklama yapma ve sordukları sorulara rahatlıkla cevap alıp alamadıkları sorulduğunda ise hekim ve hemşirelerin %50 oranında her zaman açıklama yaptıkları öğrenildi; hekimlerin %16.8'inin hiçbir zaman açıklama yapmadıkları bildirildi.

Hastaların hekim ve hemşirelere rahatça soru sorabilme sıklığı araştırıldığında, %66.6'sı hemşireye her zaman soru sorabildiklerini, %16.6'sı ise nadiren soru sorabildiklerini ifade etmişlerdir. Hekimlere rahatça soru sorabilme sıklığını araştırdığımızda bu oranların düştüğü görülmektedir. Hastaların %50'si hekime her zaman, %16.6'sı nadiren, %33.4'ü ise ara sıra rahatça soru sorabildiklerini belirtmişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde 24 saat boyunca hemşirenin hastanın yanında bulunmasından dolayı, bu beklenen bir sonuçtur.

Hastaların çalışan personele güvenini sorgulayan sorulara verdikleri yanıtlarda, %83.3'ünün hemşirenin her zaman, %16.7'sinin genellikle sır sakladığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Hastaların %65'i doktorların sır sakladığına inanırken, %16.6'sı emin olmadıklarını, %18.4'ü fikri olmadığını belirtmiştir. Ankete katılan hastaların hemşirelere daha fazla güven duydukları görülmektedir (Tablo II).

Hastalar istedikleri anda hekim ve hemşirelere ulaşabilmektedirler (Tablo III).

Evden acil cerrahi birimine nakilde hastaların %66.7'sinin memnun olduğu, %33.3'ünün ise memnun olmadığı; yoğun bakımdan servise nakilde memnuniyet oranının %50'ye düştüğü görüldü. Bu sonuç bize personel azlığından dolayı gerekli özenin gösterilemediğini düşündürmektedir.

Hastaların yemeklerden memnuniyet duyma oranları incelendiğinde, %66.6'sının yemeklerin doyurucu olduğunu, %83.3'ünün yemek zamanlarının uygun olduğunu ve %66.6'sının ise yemek tatlarının güzel olduğunu düşündükleri görüldü. Bu cevap hiç beklemediğimiz ve bizi en çok şaşırtan cevaplar arasında yer almaktadır (Tablo IV).

Hastalara göre donanım ve temizlik kusursuzdur. Ancak sıcaklık yeterli değildir. Bu da yoğun bakım ısısının servislere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Önemli parametreler arasında yer alan ücret sisteminden memnuniyeti incelediğimizde, hastaların %83.7'si ücret sisteminden de memnun olduklarını ve hiç zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Burada belirtmemiz gereken nokta bu hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğudur. Sosyal güvencesi olmayan hastalar (%16.6) ücret sisteminden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Bilindiği gibi tüm kurumlarda ve birimlerde gece ile gündüz ve tatil günleriyle mesai günleri

TABLO III

## Hastaların nakil işlemlerinden duydukları memnuniyet

	Evet memnun		Hayır memnun değil		Cevap yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yoğun bakımdan servise nakil	12	50	8	33.3	4	16.6
Evden acil birime nakil	16	66.7	8	33.3	-	-

**TABLO IV**  
**Fizik ortamdan duyulan memnuniyet**

Fizik ortam şartları	Evet yeterli		Hayır yeterli değil		Kısmen yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Donanımın yeterliliği	24	100	-	-	-	-
Temizliğin yeterliliği	24	100	-	-	-	-
Isı yeterliliği	12	50	-	-	12	50

arasında fark olmaktadır. Acil cerrahi yoğun bakımda da bunu sorguladığımızda, %50 oranında gece-gündüz ve tatil günlerinde bakım kalitesinde fark olduğu yanıtı alınmıştır. Bu da eleman eksikliğinden kaynaklanan bir sonuçtur.

Ankete katılan hastalara yeniden hastalansalar İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesini seçip seçmeyecekleri sorulduğunda, %83.7'si yine bu üniteyi seçeceklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuç, hastaların genelde sosyal güvencelerinin bulunmasından, alım güçlerinin bununla sınırlı olmasından ve tedavi gördükleri yerin üniversite hastanesi olmasından kaynaklanmaktadır.

### SONUÇ

Araştırmamızın sonucunda, hastaların genel olarak İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinden memnun oldukları söylenebilir. Ancak, hastaların sağlık ekibinden ne istemeleri gerektiğinin farkında olmadıkları ve kendilerine sunulan hizmeti yargılamadan kabul ettikleri anlaşılmıştır. Bu da hasta haklarının yeterince bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerle hastaların güvenli, kaliteli ve standart sağlık hizmetlerini talep edecek şekilde bilgilendirilmeleri kaçınılmazdır.<sup>[4]</sup>

Hastalarla yapılan görüşmelerimizde hastalar, ölümle savaş halindeyken bu hastaneye geldiklerini ve onları ölümden kurtardıkları için çalışan tüm personele minnet duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadenin araştırma sonuçlarını etkilediğini düşünüyoruz. Araştırma sonuçlarımızı ve önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz:

- Hastalar genel olarak yoğun bakımda çalışan hekim, hemşire ve hizmetli personele güvenmektedir ve onlardan memnundur.

- Hastalar kendilerine yapılan açıklamaları yeterli bulmaktadır.

- Hekim ve hemşirelere hastalar rahatlıkla soru sorabilmektedirler.

- Fizik ortam, yemekler ve ücret sisteminden de hastalar son derece memnundur.

- Gece gündüz ve tatil günlerinde bakım kalitesinde önemli farklar olmaktadır.

- Hastalar yeniden hastalansa yine bu üniteyi seçecektir.

- Acil cerrahi kliniğine ulaşım zor olmamaktadır.

- Tedavi ve bakımda sorun çıkmayan, komplikasyon gelişmeyen hastaların genel olarak üniteden memnun oldukları görülmüştür. Sonucun memnuniyeti etkilediğini söyleyebiliriz.

### ÖNERİLER

- Gece ve tatil günlerinde çalışan sayısı artırılmadığı.

- Yoğun bakımda çalışacak elemanlar iyi bir eğitimden geçirilerek çalışmaya başlatılmalıdır.

- Görev, yetki ve sorumluluklar açıkça belirtilmelidir.

- Tüm hastalar hasta hakları ve standart sağlık hizmeti konusunda bilinçlendirilmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Yanık A. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta tatmini üzerine bir araştırma. [Doktora Tezi]. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 2000.
2. Esatoğlu A. Hasta tatmininin hastane yönetimi açısından değerlendirilmesi ve kullanımına yönelik model önerisi [Doktora Tezi]. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara: 1997.
3. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 1994;38:510.
4. Söyük S. Hasta hakları. In: Yürügen B, editör. Böbrek hastalıkları diyaliz ve transplantasyon hemşireliği eğitim programları kitabı. İstanbul: 2001. s. 92-96.

## Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrolü

### Infection Control in the Intensive Care Units

Sevim ÇELİK, Güler AKSOY

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):16-23*

Hastane içi enfeksiyonlar günümüzde yoğun bakım ünitelerinde önemli bir problemdir. Yoğun bakım ünitelerinde hastanedeki tüm yatakların sadece %5'i bulunmasına karşın, kritik hastalarda hastane içi enfeksiyonların sıklığı %20-25 arasındadır. Akut hastalıklar, fizyolojik ve psikolojik stresörler, malnutrisyon, stres ülser tedavisi, uyku yoksunluğu, invaziv bakım, yoğun bakım hastalarında hastane içi enfeksiyonların gelişimine katkıda bulunan yaygın faktörlerdir. Yoğun bakım hemşireleri, hastane içi pnömoni, üriner yol enfeksiyonları, katetere ilişkin enfeksiyonları en aza indirmek için temel profilaktik tekniklerin kullanımında uyanık olmalıdırlar.

**Anahtar Sözcükler:** Kritik bakım/yöntem; çapraz enfeksiyon/önleme ve kontrol/hemşirelik; enfeksiyon kontrolü/yöntem/hemşirelik; yoğun bakım ünitesi; risk faktörleri.

Nosocomial infections in the intensive care units (ICU) always represent a significant problem. The prevalence of nosocomial infections is approximately 20 to 25% in critically ill patients, even though ICUs account for only 5% of all hospital beds. Factors common to ICU patients that contribute to the risk of nosocomial infections include acute illnesses, physiological and psychological stressors, malnutrition, drug therapies for stress ulcer, sleep deprivation, and invasive care. Critical care nurses must be aware to use essential prophylactic techniques to minimize nosocomial pneumonia, nosocomial urinary tract infections, and catheter-related infections.

**Key Words:** Critical care/methods; cross infection/prevention & control/nursing; infection control/methods/nursing; intensive care units; risk factors.

Modern tıbbın tüm olanaklarının kullanıldığı yoğun bakım ünitelerine, travma, önemli cerrahi girişimler ve solunum güçlüğü nedeniyle invaziv yaşam desteğine gereksinim duyan ya da stabil olmayan fizyolojik duruma bağlı sürekli izlenmesi gereken hastalar kabul edilmektedir. Bu hastaların 1/3'ünden fazlasında endotrakeal entübasyon, üriner, periferik ve santral kateterizasyon işlemleri uygulanmaktadır. İnvaziv ve noninvaziv girişimlerin olumsuz getirilerine ek olarak kanama ve şoka bağlı olarak çeşitli solunum sistemi, üriner sistem ve cilde ilişkin sorunlar gelişebilmektedir.<sup>[1-4]</sup>

Çalışmalarda, hastanedeki toplam yatak sayısının sadece %5'ini oluşturmalarına karşın, bu ünitelerde %20-25 gibi bir oranla en sık karşılaşılan komplikasyonun hastane içi enfeksiyonlar olduğu vurgulanmaktadır. Hastane içi enfeksiyonlar, yara iyileşmesindeki gecikmeye bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine, hastanede kalış süresi ve tedavi maliyetinin artmasına, bakım kalitesinde düşme ve bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyoekonomik açıdan olumsuzluklar yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların enfeksiyonlar nedeniyle sepsis ve multipl

\*II.Hastane İnfeksiyonlarının Kontrolü Sempozyumu'nda sözlü olarak sunulmuştur (23-24 Mart 2001, İstanbul).

(Çelik, Araşt. Gör.; Aksoy, Prof. Dr.) İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu.

İletişim adresi: Sevim Çelik. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Abide-i Hürriyet Cad. 80270 Şişli - İstanbul.

Tel: 0212 - 224 49 87 Faks: 0212 - 224 49 90 e-posta: sevimak@superonline.com



organ yetersizliğinden yaşamlarını kaybetme olasılığı bulunmaktadır.<sup>[1-4]</sup>

Yapılan çalışmalarda, çeşitli yoğun bakım ünitelerindeki enfeksiyonların görülme sıklığı farklılık göstermesine karşın, hemen hemen tümünde ilk sıralarda üriner sistem, cerrahi yara enfeksiyonları ve hastane içi pnömoniler yer almakta; enfeksiyon ajanları olarak da, MRSA, *Acinetobacter*, *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Enterococcus*, *Candida* spp. gibi etkenler izole edilmektedir.<sup>[1-4]</sup>

### Enfeksiyon Gelişimini Artıran Faktörler

Yoğun Bakım Ünitelerinde %20-25 gibi oranlarda en sık görülen komplikasyon olan hastane içi enfeksiyonların oluşumunda bazı faktörler önemli rol oynamaktadır. Olasılığı artıran faktörler arasında akut hastalıklar, elektrolit-sıvı yetersizliği, fizyolojik ve psikolojik stresörler, yaş, bilinçsiz antibiyotik kullanımı, stres ülseri profilaksisi, uyku bozukluğu, malnutrisyon, kullanılan tıbbi ekipman, bakımı gerçekleştiren hemşire sayısı yetersizliği yer almaktadır.<sup>[1,5]</sup>

**Akut hastalıklar:** Akut hastalıklar sırasında, bireyin genel sağlık düzeyindeki olumsuzlukların yanı sıra artan metabolik gereksinimleri karşılayabilmek, normal vücut fonksiyonlarını sürdürürebilmek için enerji depoları kullanılmakta ve bunun sonucunda enfeksiyonlara direnç azalmaktadır.<sup>[5]</sup>

**Fizyolojik ve psikolojik stresörler:** Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar, geçirdikleri cerrahi girişimler, travma ve hastalık deneyimleri, ağrı gibi fizyolojik; ait olduğu toplumdaki ve sevdiklerinden ayrı olma gibi sosyal izolasyon; anksiyeteye bağlı psikolojik ve yoğun bakım ünitesi ortamının getirdiği hızlı trafik, çeşitli aletlerin uyarıcı sesleri, sağlık çalışanlarının giysileri gibi çevresel stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Stresörün türü ne olursa olsun, tüm hastaların stresörlere karşı verdikleri yanıtların birbirine benzer olduğu bilinmektedir. Öncelikle, nöroendokrin fonksiyonların aktive olmasıyla karakterize alarm reaksiyonu devresinin gelişmesine bağlı olarak savaş ya da kaç yanıtının gerçekleştiği gözlenmektedir. Bu aşamada, hipofizden ACTH hormonu ve adrenal korteksten kortizol salgılanması ile immün fonksiyonların deprese olduğu, makrofaj ve lenfositlerin sayılarında ise azalma meydana geldiği bildirilmektedir.<sup>[5]</sup>

Stresöre yanıtta oluşan direnç evresinde, bireyin normal vücut fonksiyonlarının devamlılığının sağlanmasına ya da tükenme evresine girilmesine kadar enerji depolarının kullanılmasının devam ettiği, sonuçta, bireyin şok durumundan vasküler kollapşa geçişine neden olan yaygın enfeksiyonların gelişmesi ile yaşamın kaybedildiğine dikkat çekilmektedir.<sup>[5]</sup>

**Yaş:** Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hastaların %48'inin 65 yaşın üzerinde olduğu; yaşlı hastalarda, siliar aktivitede, öksürme refleksinde ve abdominal adale fonksiyonlarında azalmaya bağlı olarak genç hastalardan daha fazla enfeksiyon geliştiği ve hastane içi pnömoniden kaybedilen hasta sayısının bu grupta beş kat fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>[5,6]</sup>

**Bilinçsiz antibiyotik kullanımı:** Yoğun bakım ünitelerinde, herhangi bir enfeksiyonun belirti ve bulguları gözlemlendiğinde, öncelikle enfeksiyon ajanına yönelik antibiyotikler yerine, bu ajanın belirlenmesi için geçen süreyi kayıp zaman biçimi gibi ele alarak geniş spektrumlu antibiyotiklerin devreye sokulması, normal floranın ortadan kaybolmasına ve mikroorganizmaların virülansının artmasına neden olmaktadır.<sup>[5]</sup>

**Stres ülseri profilaksisi:** Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda asiditeyi azaltan ve enterik floranın gelişimine izin veren antiasit ve H<sub>2</sub> blokerlerinin kullanımı, midedeki normal kimyasal bariyerlerin nötralize olmasına yol açmakta ve bakterilerin geçişinin kolaylaştırmaktadır.<sup>[1,5]</sup>

**Uyku bozukluğu:** Uykunun nitelik ve niceliğindeki değişiklikler, uykunun siklusunda bozulmaya, dolayısıyla önemli bir hastalık geçiren olgularda strese neden olmakta; interlökin 1 salınımının azalması ve hücrel immün yanıtın zayıflaması bireyin enfeksiyon ile savaşta başarısız olmasına ortam hazırlamaktadır.<sup>[5]</sup>

**Malnutrisyon:** Yoğun bakım gerektiren hastalarda fizyolojik ve psikolojik stresörlerin sonucu olarak artan metabolik gereksinimleri karşılayabilmek amacıyla karbonhidrat, yağ ve protein katabolizması gerçekleşmektedir. Aşırı yıkıma bağlı olarak oluşabilen protein malnutrisyonu ile intestinal mukozada harabiyet gelişmekte; bu durum kan damarları ve lenf sistemine bakterilerin geçişini kolaylaştırmaktadır. Malnutrisyon, yara iyileşmesini geciktirerek bireyin hastanede kalış süresinin uzamasına da neden olmaktadır. Beslenme bo-

zukluğunun, pnömoni, üriner ve ameliyat sonrası yara enfeksiyonları için predispozan faktörler olabileceği bildirilmiştir.<sup>[1,5]</sup>

**Tıbbi ekipman:** EPIC'in (European Prevalence of Infection in Intensive Care) çalışma sonuçlarında, enfeksiyon açısından risk faktörleri arasında tıbbi ekipmanların diğer etmenlere göre daha etkin olduğu ifade edilmektedir.<sup>[1,5]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon gelişiminde etkili olabilecek tıbbi ekipmanlar arasında intravasküler tedavi amacıyla uygulanan araç-gereç (santral, periferik, pulmoner, arteriyel kateterler), üriner kateterler ve mekanik ventilasyon sistemleri bulunmaktadır.<sup>[1,5,6]</sup>

**Intravasküler kateterler:** Bu kateterlerin yerleştirilmesi ya da kullanımı sırasında kontaminasyonundan ve giriş alanının özelliklerine bağlı olarak abseler, lokal sellülit, septik tromboflebit, bakteriyemiler gelişebilir.<sup>[6,7]</sup>

**Üriner kateterizasyon:** Üriner sistem enfeksiyonları yoğun bakım ünitelerinde en yaygın görülen enfeksiyonlar arasında yer almaktadır. Bunların %86'sının kateterin yerleştirilmesi sırasında meydana geldiği, prevalansının %23.2 olduğu bildirilmektedir. Üriner enfeksiyonlarda kateterin yerleştirilmesindeki hatalara ek olarak, kateter seçiminde dikkatsizlik, genital bölgenin işlem öncesinde yetersiz hazırlığı, işlem sırasında travma oluşturma, kapalı drenaj sisteminin sürekliliğinin sağlanmaması, drenaj sisteminde kırılma, idrar akışında tıkanıklık ile kapalı sistemi kullanma hataları neden olarak gösterilmektedir.<sup>[6,7]</sup>

**Mekanik ventilasyon sistemleri:** Yapılan takip çalışmalarında, hastaların entübasyon ve trakeostomi aracılığıyla mekanik ventilasyon sistemlerine bağlanması sonucu oluşabilen hastane kaynaklı alt solunum yolu enfeksiyonlarında oranın %22.9 olduğu bildirilmiştir.<sup>[7]</sup>

**Bakımı gerçekleştiren hemşire sayısı yetersizliği:** CDC (Centers for Disease Control) verilerinde, hemşireye düşen hasta sayısı arttığında, hijyenik gereksinimlerin karşılanması, pozisyon değişimi, aspirasyon, aseptik tekniğin uygulanması gibi hemşirelik aktivitelerinin yetersiz ya da uygun olmayan biçimde gerçekleştirildiği, bunun sonucunda da enfeksiyon olasılığının arttığı bildirilmiştir.<sup>[5]</sup>

## Hastane İçi Enfeksiyonlar ve Kontrolü

Yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen hastane içi enfeksiyonlar üriner sistem enfeksiyonları, pnömoniler, cerrahi yara enfeksiyonları ve bakteriyemilerdir.<sup>[1,5,8,9]</sup>

Bu enfeksiyonlardan herhangi birinin varlığı söz konusu olduğunda derhal enfeksiyon kontrol komitesi (İKK) ile işbirliği yapılması ve iletişim yolunun sürekli açık tutulması önerilmektedir (Şekil 1).

**Hastane içi pnömoniler:** Hastane içi pnömoni, hastaneye kabul edilen her 1000 hastadan 5-10'unda gözlenmesine karşın, bu oranın yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon sistemine gereksinim duyan hastalarda gram-negatif bakteriler ve MRSA'nın etkilerine bağlı olarak 6-20 kat artarak %25-45'lere yükseldiği bildirilmektedir.<sup>[1,8,9]</sup>

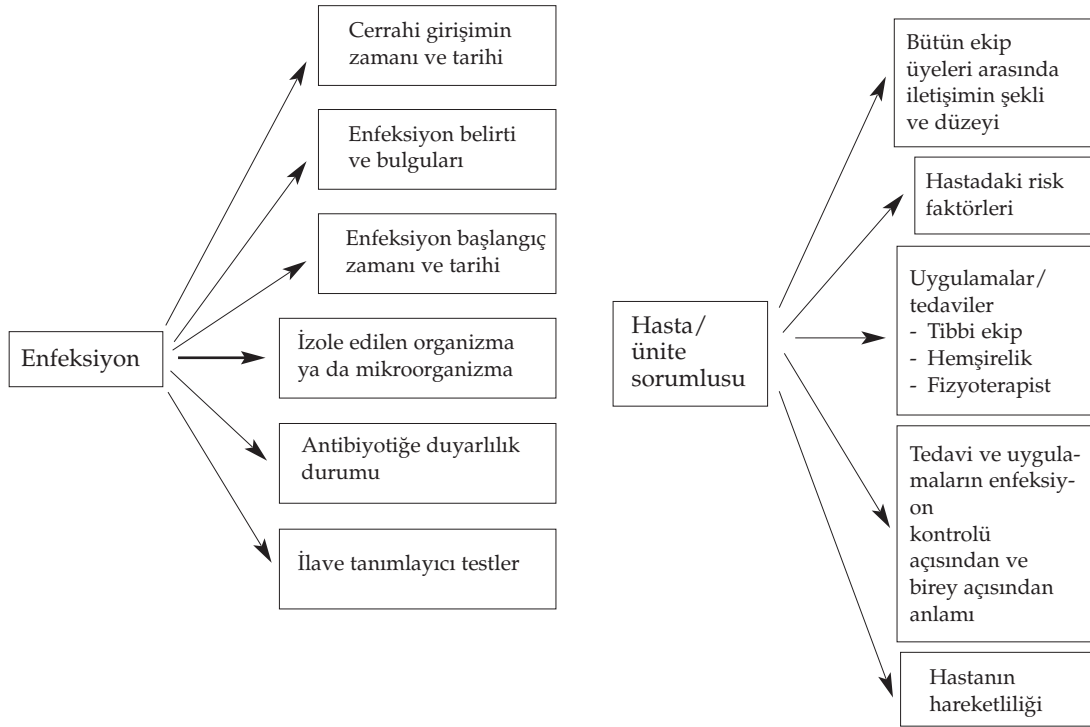
Hastane içi pnömonilere neden olabilecek endojen ve eksojen faktörler Tablo I'de özetlenmiştir.<sup>[1,5,8-10]</sup>

Trakeostomi ve endotrakeal entübasyonun, hastane içi pnömoni gelişiminde en önemli risk faktörleri olduğu açıktır. Endotrakeal tüpün, orofarenks ve trakea arasındaki doğal bariyerleri etkileyerek mukosilyer aktivite ve öksürme refleksinde depresyona neden olduğu; yaş ve obesitenin öksürmeyi olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Aspirasyon sırasında yaygın bir uygulama olan serum fizyolojinin trakeaya verilmesi ile de, solunum yollarına bakterilerin geçişi kolaylaşmakta, hastane içi pnömoni gelişme olasılığı artmaktadır. Endotrakeal tüpten aspirasyon kateterine 60.000 bakteri kolonizasyonunun geçtiği, serum fizyolojik 5 ml verildiğinde ise bu sayının 310.000 olduğunu bildirilmiştir.<sup>[5]</sup>

Ayrıca, ventilasyon sistemleri ile pnömoni gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, endotrakeal cuff'ın üzerinde biriken sekresyonların entübasyonun sekizinci gününden sonra pnömoni oluşma olasılığını artırdığı gösterilmiştir.<sup>[5,11]</sup>

*Yoğun bakım ünitelerinde hastane içi pnömoni gelişmesini önlemek amacıyla aşağıdaki yöntem ve tedbirler önerilmiştir.<sup>[5,7,8,10,12]</sup>*

- Yoğun bakım ünitesinde ya da kurum içinde yaygın olarak görülen patojenlerin özellikleri ve bulaşma biçimleri konusunda sağlık çalışanlarının eğitilmesi,



Şekil 1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile yoğun bakım sorumlusu arasındaki bağımsız ve açık iletişim şekli.<sup>[7]</sup>

- Hastaların trakeostomi alanının çevresinde drenaj ya da kızarıklık, sekresyonun rengi ya da miktarı, akciğer seslerinde değişiklik yönünden değerlendirilmesi,

- Solunum tedavisi ekipmanlarından ve hastalardan kültür almak amacıyla sık örnek alınımının engellenmesi,

- Trakeal tüplere, solunum tedavisi ekipmanlarına, hasta bireylere dokunmadan önce ve sonra ellerin yıkanması,

- Solunum tedavisi ekipmanlarının kontaminasyonunun önlenmesi; mümkünse, tek kullanımlık malzemelerin tercih edilmesi; tekrar kul-

lanılabilenlerin ise 24-48 saatte bir değişimi, sterilizasyonu ya da yüksek düzeyde dezenfeksiyonunun sağlanması,

- Endike olmadığı sürece sık aspirasyondan kaçınılması, aspirasyon sırasında asepsi ilkelerine uyulması, kateteri temizlerken steril su kullanılması,

- Entübasyon tüpleri ve trakeostomi kanülünün günlük olarak bakım ve pansumanının yapılması,

- Nebulizatörlerin yalnızca steril su ile doldurulması ve 24 saatte bir değişiminin sağlanması,

TABLO I

Nozokomiyal pnömonilere neden olabilecek endojen ve eksojen faktörler

Eksojen faktörler	Endojen faktörler
• Abdominal veya torasik cerrahi girişim	• 70 yaşın üzerinde olma
• Uygulanan aspirasyon yöntemi	• Kardiyopulmoner hastalık
• İmmobilizasyon	• Bilinç düzeyinde bozukluk
• Uzamış mekanik ventilasyon	• Diabetes mellitus
• Antibiyotik kullanımı	• Alttı yatan hastalıklar
• H2 blokerleri ve antiasit kullanımı	• Malnutrisyon
• İmmünesupresif ajan kullanımı	• Alkolizm, sigara kullanımı
• Atıklara ilişkin protokol yetersizliği	• Obesite



- Ventilatör devresinin sekresyon ile kirlenmesine engel olmak üzere yüksek etkili bakteri filterleri kullanılması ve 24 saatte bir değiştirilmesi,

- Her hasta için steril ambu kullanılması,

- Manometre ile trakeal cuff basıncının sekiz saatte bir kontrol edilmesi,

- Günde dört kez ağız bakımı verilmesi, ağız ve oral mukozanın nemli tutulması,

- Nazogastrik tüp ve enteral beslenmeye bağlı oluşabilecek pnömونيye en aza indirmek için tüpün yerleşimi ve açıklığının değerlendirilmesi ve mikroorganizmaların akciğerlere reflüsünü önlemek amacıyla yatak başının 30° kaldırılması.

**Üriner sistem enfeksiyonları:** Hastane içi enfeksiyonlar arasında %30-50 sıklıkta ilk sıralarda yer alan üriner sistem enfeksiyonlarının %86'sının kateterizasyon nedeniyle oluştuğu bildirilmektedir.<sup>[5,8]</sup> Bunun yanı sıra kateter kullanımında seçici olmama, genital bölgenin yetersiz hazırlanması, kateterin bağlantı yerinde kontaminasyon, kateterin uygulanması sırasında travma oluşturma, drenaj sisteminde kırılma ve idrar akışında tıkanma, torbanın mesaneden yüksekte tutulmasının da enfeksiyonlara neden olduğu gözlenmektedir.<sup>[7]</sup>

Üriner sistem enfeksiyonlarında etkin tedavi/bakımın gerçekleştirilmemesine bağlı olarak 10. günden sonra bakteriyemiler gelişebilmektedir. Kadınlarda, yaşlılarda, diyabetiklerde, immünesupresif hastalarda ve malnutrisyonlu, antibiyotik kullanan hastalarda bakteriyemi gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>[5,12]</sup>

*Üriner sistem enfeksiyonlarını en aza indirmede aşağıdaki noktalar önerilmektedir.*<sup>[5,7,8]</sup>

- Her işlemden önce ve sonra ellerin yıkanması,
- Steril ve kapalı drenaj sisteminin sürdürülmesi,
- Uygulamalarda asepsi ilkelerine özen gösterilmesi,
- Kateterizasyonun gerekmedikçe yapılmaması,
- Endike olduğunda uygun olan en küçük çapta ve boyda kateter seçilmesi,
- Kullanılan kateterin tipine göre uygun aralıklarla değişiminin sağlanması,
- Örneklerin toplanması ve idrarın boşaltılması sırasında standart önlemlerin uygu-

lanması,

- İdrar torbasının 2/3'ü dolduğunda boşaltılması,

- Kateter drenaj torbalarını boşaltırken, her hasta için ayrı boşaltma kaplarının kullanılması,

- İdrar torbası ve ara bağlantı sisteminin haftada bir kez değiştirilmesi,

- Kateterin kırılma ve tıkanıklık yönünden sürekli gözlenmesi,

- Günde iki kez meatüs bakımının yapılması,

- İdrarın geriye reflüsünü önlemek üzere idrar torbasının hastanın mesanesinden aşağı düzeyde olmasına özen gösterilmesi.

**Hastane içi bakteriyemiler:** Hemodinamik izlem, sıvı tedavisi ve tıbbi tedavinin uygulanması amacıyla gerçekleştirilen intravasküler kateterlerin %40 gibi büyük bir oranda bakteriyemilere neden olabileceği ve hastalarda açıklanamayan ateş ve enfeksiyonun lokal belirti ve bulgularına yol açabileceği ifade edilmektedir. Bakteriyemilerin gelişmesinde etkili olan patojenler arasında gram-negatif bakterilerin ve *S. aureus*'un (MRSA) ilk sıralarda yer aldığı gözlenmektedir.<sup>[5,8,9]</sup>

*Enfeksiyonu kontrol altına alabilmek amacıyla aşağıdaki noktalara uyulması gerekir.*<sup>[5,7,8]</sup>

- İV kateter uygulamadan önce ve sonra ellerin uygun antiseptik solüsyonla yıkanması, steril eldiven giyilmesi,
- Giriş alanının, kurumun belirlediği bir antiseptik ile 30 saniye silinmesi, ancak alan çok kirli ise bu süreye 30 saniye daha eklenmesi,
- İV kateterlerin alt ekstremitelere uygulanmasından kaçınılması,
- İV kateterin hareketine bağlı mikroorganizmaların göçünü engellemek üzere kateterin stabil duruma getirilmesi, bu amaçla dışarıdan kolayca gözlenebilecek steril transparan pansumanların seçilmesi,
- İV kateteri yerleştirirken travma oluşturmaktan kaçınılması,
- İV kateterin giriş yerinin, her gün eritem, ödem, flebit yönünden gözlenmesi, pansumanın yapılması,
- Enfeksiyon belirtileri gözleendiğinde, İV kateterin derhal çıkarılması ve kateter ucunun kültür ve duyarlılık testi için laboratuvara gönderilmesi,

- Total parenteral beslenme ve benzeri sıvıların hazırlanması ve hastaya verilmesi sırasında steril aseptik koşulların sürdürülmesi,
- İV infüzyon setlerinin 24 saatte bir değiştirilmesi,
- Periferik kateterlerin 48-72 saatte bir değişiminin sağlanması.

**Cerrahi yara enfeksiyonları:** Cerrahi girişim sonrası yoğun bakım hastalarında oluşan cerrahi yara enfeksiyonlarının genellikle ameliyattan 48-72 saat sonra gelişebileceği ve etkenin *S. aureus* ve gram-negatif bakterilerden oluştuğu bildirilmektedir. Cerrahi yara enfeksiyonlarını engellemede alınabilecek önlemler aşağıda sıralanmıştır.<sup>[5,8,9]</sup>

- Ameliyatı gerçekleştirecek ekibin protokole uygun olarak ameliyat girişimine hazırlanması,
- Cerrahi asepsi ilkelerine tam olarak uyulması,
- Ameliyat bölgesinin uygun antiseptikler ile silinmesi,
- Açık ve enfekte yarası olan sağlık çalışanlarının ameliyathaneye alınmaması,
- Yara pansumanı öncesinde ellerin yıkanması ve pansumanı yaparken asepsi ilkelere uyulması,
- Enfekte yarası olan hastaların izole edilmesi.

#### **Hastane İçi Enfeksiyonların Kontrolünde Alınması Gereken Genel Önlemler**

Hastane içi enfeksiyonların kontrolünde alınması gerekli önlemler olarak izleme çalışmaları, yönetsel açıdan ele alınacak önlemler, hemşirelik bakımında nitelik ve nicelik ile izolasyon protokolleri, yoğun bakım ünitelerinin mimari özellikleri, temizlik koşulları önemli parametreler arasında sayılmaktadır.<sup>[1,5,8,13]</sup>

İzleme (surveillance), bir toplulukta sürekli, sistematik ve aktif olarak bir hastalıkla ve bu hastalığın oluşma riskini artıran veya azaltan koşullarla ilgili veri toplanması ve analizi olarak tanımlanmaktadır. En önemli hedefleri arasında hastane enfeksiyonları oranının azaltılması yer alır. Enfekte hastaların saptanması, enfeksiyon sıklıklarının belirlenmesi ve enfeksiyona neden olan faktörlerin ortaya konmasında oldukça önemli katkılar sağladığı bilinmektedir.<sup>[6,13]</sup>

Yönetsel açıdan ele alınacak önlemler, tıbbi ekipmanların etkin kullanımı, sağlık çalışanlarının kadrolaşması ve eğitim programlarının sürdürülmesi, bakımın niteliğinin sürekli izlemi olarak ifade edilmektedir.

**Tıbbi ekipmanların kullanımı:** Hızla değişen teknolojiye paralel olarak yoğun bakım ünitelerindeki ekipmanların çeşitliliği ve donanımlarının da artmakta olduğu bir gerçektir. Çoğu zaman, bu ekipmanların etkinliğinin yeterli düzeyde değerlendirilemediği ve bunun hastane içi enfeksiyonların ortaya çıkmasındaki payının göz ardı edildiği gözlenmektedir. Tıbbi ekipmanların katkısını en aza indirmek amacıyla kurumun ya da ünitenin sorumlularının enfeksiyon kontrol komitesi ile işbirliği içerisinde üretici firmanın önerileri doğrultusunda invaziv araç gerecin temizlenmesi, kullanımı, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonuna ilişkin protokoller geliştirmeleri ve bununla ilgili hastane içi eğitim programlarını uygulayıcıların gereksinimleri doğrultusunda gerçekleştirmeleri vurgulanmaktadır.<sup>[1]</sup>

**Sağlık çalışanlarının kadrolaşması ve eğitimi:** Tıbbi bakımdaki teknolojik avantajlardan hastaların mümkün olan en üst düzeyde yararlanmalarını sağlamada sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası sürekli eğitimlerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Yoğun bakım ünitesinin kadrosunda oluşan sürekli değişikliklerin, hemşirelik uygulamalarının kalitesinde azalmaya neden olarak hastane içi enfeksiyonların sıklığında artışa yol açabileceği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, patojenlerin hastadan hastaya geçişinde etken olan uygulama hatalarını azaltmak için bir hastaya bir hemşirenin bakım vermesi gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>[1,5]</sup>

**Bakımın niteliğinin izlenmesi:** Yönetime ilişkin alınan önlemlerin etkinliğinin, belirlenen kuralların uyulmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Yöneticilerin sağlık çalışanlarının davranışlarını ve performansını izleyerek hastaları gereksiz riske sokan durumları ve bakımın niteliğini saptamaları oldukça önemlidir. Literatürde, bakımın niteliğini artırmaya yönelik her tür çalışmaya destek olmanın, tüm çalışanların sürekli eğitim programlarına katılımlarını sağlamanın ve etkin program oluşturulması için ortam hazırlamanın, yöneticilerin sorumlulukları kapsamında olduğuna dikkat çekilmektedir.<sup>[5]</sup>

Hemşirelik uygulamalarına ilişkin önlemler arasında el yıkama, tırnak, takı ve losyon kullanımı, bariyer önlemler ve beden hijyenine duyarlılık gösterilmektedir.

*El yıkama:* Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde sağlık çalışanlarının el yıkamaya dikkat etmesinin son derece önemli olduğu bilinmektedir. Gerekliğinde yapılan el yıkama ile hastane içi enfeksiyon oranı %50 azaltılabilir.<sup>[1,5,8,13]</sup>

*Tırnaklar, takılar ve el losyonları:* Tırnaklar, elde bulunan mikroorganizmaların üremesi için en iyi ortamlardan birini oluşturmaktadır. Tırnakların cilalı olması ve takma tırnakların kullanımı tırnak altındaki mantarların görülmesini engellediğinden, sağlık çalışanlarının tırnak cilası ve takma tırnak kullanımından kaçınmaları gerekir. Yüzük ve diğer takılar eldivenlerin yırtılma olasılığını artırdıklarından ve mikroorganizmaların barınmasına ortam hazırladıklarından bunların yoğun bakım ortamında kullanılmaması gerekir. Sık eldiven kullanımı ve el yıkamaya bağlı kuruluğu ve dermatiti azaltmada el losyonları yararlı olabilir. Ancak, ünite ortamında bu losyonların büyük kutularda kullanılmasının enfeksiyon olasılığını artırabileceği, bunların kişiye özgü kullanımı ve koku yoğunluğunun dikkate alınması üzerinde durulmaktadır.<sup>[5]</sup>

*Bariyer önlemler (eldiven, maske, önlük):* Sağlık çalışanlarının kan yoluyla bulaşan patojenlerin geçişini önlemede eldiven kullanımına özen göstermeleri gerekir; ancak eldiven kullanımı el yıkamanın yerini almamalı, eldiven kullanımı öncesi ve sonrasında eller yıkanmalıdır. Bulaşıcılık özelliği fazla olan enfeksiyonlarda çift eldiven giyilmesi, kontaminasyonu engellemede yararlı olabilir. Herhangi bir işlem sırasında kan veya vücut sıvılarının sıçraması olasılığına karşı maske, gözlük kullanılması ve su geçirmez nitelikte önlük giyilmesi önerilmektedir.<sup>[13]</sup>

*Günlük banyo:* Yoğun bakımda çalışanların, çapraz enfeksiyonların gelişme olasılığını en aza indirmede her gün banyo yapmaya özen göstermeleri gerekir.

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyonun önlenmesi açısından izolasyon yöntemlerine de yer verilmektedir. Bunlar arasında önemle vurgulanan önlemler aşağıda bildirilmiştir:<sup>[8]</sup>

- Enfekte ve kontamine olduğu bilinen hastaya temas etmeden önce mutlaka eldiven giyilmesi, sonrasında ellerin yıkanması,
- İzole edilmiş hastalara bire-bir bakım verilmesi,
- İzole edilen hastaya ait atık ve çıkartıların çift torbalama yöntemiyle ortamdaki uzaklaştırılması,
- İzolasyon odasının temizliğinde kullanılan malzemelerin ayrı olması,
- Kesici ve delici maddelerin özel kutularda saklanması, taşıma sırasında dikkatli olunması.

Yoğun bakım ünitesinin mimari yapısının enfeksiyon gelişimine katkısının olduğu düşünülmesine karşın, bu ünitelerin istenen yapıya getirilmeleri oldukça güç olabilir. Ancak, yeni kurulması planlanan yoğun bakım ünitelerinde mimari yapının bir ekip işbirliği ile düzenlenmesi, hastaya ayrılan alanların yaklaşık 25.5 m<sup>2</sup> olması ve enfeksiyon olasılığına ilişkin aşağıdaki özelliklerin dikkate alınması önerilmektedir.<sup>[1]</sup>

- Hasta yatağının çevresinde, çalışanın izleme aletleri, destek sistemleri ve hastaya kolayca ulaşmasına izin verecek şekilde yeterli alan oluşturulması,
- Aydınlatmada yoğun bakım ünitesinin özelliklerinin göz önüne alınması,
- Patojenlerin geçişini azaltmak için üniteye her bir hasta için özel kabinler oluşturulması,
- Lavaboların sağlık çalışanlarının el yıkamasını kolaylaştıracak şekilde uygun yerlere yerleştirilmesi; aletleri temizlemek amacıyla kullanılacak lavaboların farklı olması,
- Yoğun bakım ünitelerinde bir ya da birden fazla A sınıfı izolasyon odaları oluşturulması ve bu odaların giyinme, el yıkama için bekleme bölümleri içermesi,
- Trafiğin yoğun olmadığı bir alanın seçilmesi,
- Çalışanlar ve hastalar için yeterli havanın metre küp olarak hesaplanması ve alanın buna uygun ayrılması.

*Ünitenin hijyenik koşullarını sağlama ve temizliğini sürdürmede dikkate alınması gereken noktalar aşağıda sıralanmıştır.<sup>[8]</sup>*

- Serviste yapılan rutin temizlikler sırasında zeminlerin uygun antiseptikli solüsyonlar ile silinmesi ve işlem sonrasında kuruması için yeterince beklenmesi,

- Yüzeyle dökülen kan, idrar ve vücut sıvılarının zaman geçirilmeden temizlenmesine özen gösterilmesi,
- Temiz ve kirli ayırımının kesin olarak sağlanması,
- Gereksiz hiçbir malzemenin servis ortamında bulundurulmaması,
- Hastanın yiyecek ve içeceklerinin ünitenin dışındaki dolaplarda saklanması,
- Ünite içinde sağlık çalışanlarının dinlenme amaçlı ortak kullandığı alanların hijyenik koşullarının sürdürülmesi; gömlek, maske gibi koruyucu giysilerin bu ortamlara girerken çıkarılması,
- Tıbbi atıkların özelliklerine göre ayrı torbalarda toplanması.

#### KAYNAKLAR

1. Bennet JV, Brachman PS (editors). Hospital infection. 1st ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
2. Durualp E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hemşirelere verilen kateter bakımı eğitiminin umbulikal kateterde üreyen etken türü ve kolonizasyonuna etkisi [Yüksek lisans Tezi]. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: 1999.
3. Erol S, Kürşat H, Özkurt Z, Parlak M, Taşyaran MA. Reanimasyon ünitemizdeki hastane enfeksiyonları. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2000;4:97-100.
4. Palabıyıkçıoğlu İ, Tulunay M, Oral M, Bengisun JS. Bir reanimasyon ünitesinde gözlenen hastane enfeksiyonları: Risk faktörleri, etkenler ve antibiyotik direnci. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2000;4:150-5.
5. Tasota FJ, Fisher EM, Coulson CF, Hoffman LA. Protecting ICU patients from nosocomial infections: practical measures for favorable outcomes. Crit Care Nurse 1998;18:54-65.
6. Myhall G. Hospital epidemiology and infection control. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
7. Manley K, Bellman L (editors). Surgical nursing advancing practice. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 2000.
8. Çakar N, Akça O. Yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının kontrolü. Aktüel Tıp Dergisi 1996;1:471-4.
9. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editorler). Enfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1994.
10. Thelan LA, Urden LD, Lough ME, Stacy KM (editors). Critical care nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1998.
11. Rello J, Sonora R, Jubert P, Artigas A, Rue M, Valles J. Pneumonia in intubated patients: role of respiratory airway care. Am J Respir Crit Care Med 1996;154:111-5.
12. Keçik Y. Yoğun bakım ünitesinde enfeksiyon. In: Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 1992. s. 729-40.
13. Leblebicioğlu H. Hastane enfeksiyonlarının izlemi ve değerlendirilmesi. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2000;4:183-6.

## Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Artırmak İçin Neler Yapılabilir?

What Can Be Done to Improve the Motivation of Nurses Working in Intensive Care and Emergency Units?

Selma SÖYÜK

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):24-27*

Herhangi bir kurum içinde personelin küçük bir bölümünün bile memnuniyetsizliği bütün kurum faaliyetlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Motivasyon, kısa vadeli, baştan savma çözüm ve uygulamalarla sağlanamaz. Çalışanın motivasyonunun sağlanmasında bireyin amaçları-hedefleri ve bunların oluşmasında etkili olan ihtiyaçların önemli bir yeri vardır. Hastane gibi hizmet işletmelerinde personelin motivasyonu önemli bir faktördür. Yoğun bakım ve acil gibi iş baskısının yoğun, çalışma ve gerilimin çok olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerde tatminsizlik oranının diğer ünitelerde çalışanlardan çok olduğu söylenebilir. Bu makalede hemşire motivasyonunun artırılması yolları ele alınmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kritik bakım/hemşirelik; iş tatmini/hemşirelik; motivasyon/hemşirelik; personel yönetimi/yöntem.

In any institution, even a small number of dissatisfied employees may adversely affect all activities. Motivation cannot be maintained through short-term, incompetent efforts. Motivation is closely linked to the aims, goals, and needs of individuals. In a hospital setting, motivation is of particular importance in the implementation of all services. It is unlikely to anticipate sufficient services from dissatisfied nurses working in intensive care and emergency units. The extent of satisfaction is inevitably less in nurses working under the circumstance of heavy and stressful duties and responsibilities. This article deals with the ways to improve motivation of intensive care and emergency unit nurses.

**Key Words:** Critical care/nursing; job satisfaction/nursing; motivation/nursing; personnel management/methods.

Motivasyon, başka bir deyişle insanları özendirme çok karmaşık nitelikleri olan bir kavramdır. Latince "movere" kelimesinden gelen motivasyon, teşvik etmek, etki altına almak, harekete geçirmek gibi anlamlara sahiptir.<sup>[1]</sup>

İnsanların belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere davranmalarına da "motivasyon" adı verilir. Motivasyon, bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamaları için doyum sağlayacak ya da

amaca götürecek davranışlarda bulunma sürecidir.<sup>[2]</sup>

Kurumların kullandıkları kaynaklar arasında en karmaşık ve değişken olanı insan gücüdür. Personel, çok sayıda kurum içi ve kurum dışı faktörün etkisi altındadır. Personelin küçük bir bölümünün bile memnuniyetsizliği bütün kurum faaliyetlerinin olumsuz etkilenmesine, hatta durmasına neden olabilir.<sup>[3]</sup>

\*III. Ulusal Acil Cerrahi ve Travmatoloji Kongresinde sunulmuştur (31 Ağustos-4 Eylül 1999, Antalya).

(Söyük, Öğr. Gör.), İstanbul Üniversitesi Şişli Sağlık Yüksekokulu.

İletişim adresi: Selma Söyük, İstanbul Üniversitesi Şişli Sağlık Yüksekokulu, Halaskargazi Cad. Etfal Sok. Hastane Yanı, 80200 Şişli - İstanbul.

Tel: 0212 - 232 30 92 Faks: 0212 - 233 46 77



İnsan kaynakları yönetimi açısından hedef, kendisini işe adanmış, performans gereklerini yerine getirmeye motive olmuş bir personele sahip olmaktır.<sup>[3]</sup> Bu hedef, kısa vadeli, baştan savma çözüm ve uygulamalarla sağlanamaz. Çalışanın motivasyonunun sağlanmasında bireyin amaçları-hedefleri ve bunların oluşmasında etkili olan ihtiyaçların önemli bir yeri vardır. Birey kuruma kişisel ihtiyaçlarını gerçekleştirmek için katılır, kendi amaçlarına hizmet ettiği süreç örgütün amaçlarını destekler.

Hastane gibi hizmet işletmelerinde personelin motivasyonu önemli bir faktördür. Özellikle de acil ve yoğun bakım ünitelerinde motive olmamış personelden verim beklemek mantıklı bir davranış olmayacaktır.

Hastanelerde işler acil ve ertelenemez niteliktedir; yanılğı ve kuşkuyla yer yoktur.<sup>[4]</sup> Acil ve yoğun bakımda başarı iyi teşvik edilmiş, kuruma bağlı, örgütsel ortamdan hoşnut bir personelle sağlanacaktır. Bir kurum çalıştırdığı insanların sorunlarını, motivlerini, ihtiyaçlarını ve düşüncelerini bildiği ve dikkate aldığı oranda başarılı olur.<sup>[5]</sup>

Yapılan araştırmalar sonucunda çalışanların genel olarak iş yaşamında aradığı özellikler aşağıda özetlenmiştir:<sup>[3,6]</sup>

- İyi ve adil ücret
- Adil terfi
- İyi çalışma koşulları
- Yükselme ve gelişmeye imkan verilmesi
- Yapılan işlerin, başarının takdir edilmesi
- İş garantisi ve iş güvenliği
- Kişisel sorunların anlayışla karşılanması
- Demokratik yönetim
- Yöneticilerden ilgi ve anlayış görme
- İşbaşı ve hizmetiçi eğitim

Bu etmenlerin varlığı yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin motivasyonunda etkilidir. Bunlar yanı sıra, bu ünitelerde çalışan hemşirelerin motivasyonlarını etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır. İnsanın işinden hoşnut ve verimli olmasını sağlayan faktörlerin başında o iş için gereken niteliklere sahip olması ve o işi istemesi gelir. Bu nedenle, hemşireler yoğun bakım ve acil ünitelerinde görevlendirilirken rastgele değil, kendi isteklerine ve niteliklerine göre görevlendirilmelidirler.

Yapılan araştırmalarda vardiya çalışmasının motivasyonel açıdan çalışanda olumlu bir izlenim bırakmadığı saptanmıştır. Vardiya usulü çalışan personelin ileriye dönük beklentileri azalmış; terfi etme, daha nitelikli işlere geçme yolunda çaba göstermedikleri görülmüştür.<sup>[5]</sup> Özellikle 15-23, 23-07 vardiyalarında çalışanlarda sağlık sorunlarına rastlanmakta; uyku bozukluğu, düşüncede, algılamada ve hareketlerde değişiklik gözlenmektedir. Ayrıca, sindirim sistemi sorunları görülmekte ve çalışanın sosyal ve aile yaşamı etkilenmektedir. Birey ailesi ile fazla ilgilenemediğini düşünerek suçluluk duygusuna kapılmaktadır. Bu nedenlerle vardiya çalışmasında bireylerin haftalık veya aylık periyotlarla aynı vardiyalarda çalışmalarına özen gösterilmelidir. Vardiya saatlerinde hemşireler çocuklarını düşünmemeli, 24 saat kreş hizmetleri sağlanmaya çalışılmalıdır.

Yoğun bakım ve acil gibi iş baskısı yoğun, çalışma ve gerilimin çok olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerde tatminsizlik oranının diğer ünitelerde çalışanlardan çok olduğu söylenebilir. Bu tür ünitelerde motivasyonu etkileyen etmenler arasında fiziksel çalışma koşullarındaki yetersizlik, düzensizlik, aşırı rol yükü, rol belirsizliği, rol şoku, bağlılık eksikliği, üyelerarası ilişkiler, grup tatminsizliği ve yönetim biçimi sayılabilir.<sup>[7]</sup>

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %34.5'i çalışma koşullarından, %27.2'si kişilerarası ilişkilerin bozukluğundan, %14'ü iş yükü fazlalığından şikayet etmişlerdir. Tatminsizlik nedenleri araştırıldığında, çalışmaya katılan hemşirelerin %33'ü ücret yetersizliğini, %31'i yetersiz sosyal hakları özellikle belirtmişlerdir.<sup>[8]</sup> Bu sonuçlar, yukarıda belirttiğimiz tatminsizlik faktörlerini desteklemektedir.

Görüldüğü gibi, çalışanın motivasyonunda ilk sırada çalışma koşulları gelmektedir. Yoğun bakım ve acil ünitesinde çalışan personelin, hasta ve hasta yakınlarının konfor ve ihtiyaçları düşünülmesi, bekleme-dinlenme odaları ve kafeteryaları olmalı ve bunlara imkan tanınmalıdır.

Yoğun bakım ve acil ünitelerinde, tüm ünitelerde olduğu gibi etkin ekip hizmeti sağlamak gerekir. Ekip üyelerinin her biri "biz" bilincine sahip olmalıdır. Ekip-takım, ortak amaçlar doğrultusunda üyelerin herbirinin diğer üyelerin sosyal ve fonksiyonel rollerini bilerek karşılıklı dayanışma ve işbirliği içinde etkin olarak çalışan

grup olarak tanımlanabilir.<sup>[9]</sup> Ekip üyelerinin birbirleri ile uyumlu olmaları gerekir. Sağlık ekibinde farklı meslek grupları, farklı mesleki bilgi ve deneyimleriyle uygulamalarını gerçekleştirirler. Birbiri ile uyuşamayan, amaç birliğine varamamış ekip üyelerinden oluşan gruplarda çatışmalar olmaktadır.<sup>[8]</sup> Bu çatışmalar çalışan motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir.

İşe yeni alınan hemşirelerin oryantasyon eğitiminden geçmeden yoğun bakım ve acilde görevlendirilmeleri yine tatminsizliğe yol açacaktır. İlk işe başlanan günlerde edinilen yanlış izlenimlerin telafisi zordur; eğitim verilen eleman kendisiyle ilgilenildiği için kendisine değer verildiğini düşünür ve kuruma bağlılığı artar.<sup>[9]</sup> Belli dönemlerde uygulanan hizmetiçi eğitimler de motivasyonda önemli rol oynayacaktır. Saydanlı ve ark.<sup>[7]</sup> yaptıkları çalışmada hizmetiçi eğitim programlarının hemşire motivasyonunda rol oynadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Sağlık ekibinde her üye kendinin ve diğer üyelerin görev-yetki ve sorumluluğunu tam olarak bilmeli ve ekip üyelerinden biri olmadığında işler aksamamalıdır. Günümüz yoğun bakım ve acil ekipleri için bunu söylemek doğru olmayacaktır. Çünkü görev, yetki ve sorumluluklar tam olarak belirlenmemiştir. Yetki belirsizliği bireyi rol belirsizliğine sevk etmekte ve kişinin motivasyonu bozulmaktadır. Her kurumda acil ve rutin uygulamalarda neler yapılacağını gösteren protokollerin hazırlanması bu belirsizlikleri biraz olsun ortadan kaldıracaktır.

Tüm sağlık disiplinlerine baktığımızda, hemşirelerin yaptığı işe karşılık en az ücreti alan grup olduğu söylenebilir. Özellikle de bu ünitelerde çalışan kişilerin, diğer ünitelerde çalışan meslektaşlarından biraz daha farklı ücret almaları motivasyonda önemli rol oynar. Çalışanın işe ve işletmeye bağlılığı ve motivasyonunda, o kişiye ödenecek ücretin kişinin yeni iş aramasına neden olmayacak ve işletmeye yeni elemanları çekecek miktarda olması gerekir.<sup>[5]</sup>

Hemşirelerin motivasyonunda önemli bir nokta da her zaman şikayet konusu olan alet, malzeme eksikliğinin giderilmesi ve onların zamanlarının çoğunu alan ve aslında onların işleri olmayan hizmetlerin yükünün hemşirelerden alınması olacaktır. Hemşireler zamanlarını çoğunu bozuk musluk, kırık cam, boya-badana gibi işlerle geçirmekte ve bir yığın sekreteryar işi hemşireyi beklemektedir.

Çalışanlar örgüt içi faktörlerden olduğu kadar örgüt dışı faktörlerden de etkilenirler. Çalışanın ailesel sorunları, malzeme eksikliği, yoğun hasta talebi, hastaneler arası rekabet, siyasal belirsizlik, nitelikli eleman azlığı bu faktörler arasında sayılabilir.

Tüm bunlar hemşireyi gerilime sokar. Bu da motivasyonu etkiler. Hastane yönetimi bu faktörlerle nasıl başedileceğini bilmeli ve daha önceden stratejiler belirlemelidir. Bu nedenle de yapılan tüm işlere ilişkin protokoller hazırlanmalı, kişilerarası ilişkiler çok iyi tutulmalı, insan kaynağı, malzeme ve bilgi kaynaklarının sayısı yeterli olmalıdır.

Sonuç olarak, acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin motivasyonlarının sağlanmasında aşağıdaki önlemler alınabilir:

- Yoğun bakım ve acil gibi özel birimlerde çalışan hemşireler diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha fazla ücret alabilirler.
- Döner sermayesi olan kurumlar bu birimlerde çalışan elemanlarına döner sermayeden daha fazla pay verebilir.
- Acil-yoğun bakım hemşireleri günde 8 saat yerine 6 saat; haftada 4 gün çalışabilirler veya belli yasal düzenlemelerle senelik izin süresi uzatılabilir.
- Yoğun bakım ve acil hemşireleri eğitim programlarına, kongrelere, yurt dışı eğitim çalışmalarına ücretsiz gönderilebilirler.
- 24 saat kreş ve bakım hizmeti sağlanmaya çalışılabilir.
- Çalışma koşulları bir an evvel iyileştirilebilir.
- Kişilerarası ilişkiler iyileştirilebilir.
- Ekip çalışması bilincinin kazanılması gerekir.
- Protokoller hazırlanmalıdır.
- Görev, yetki ve sorumluluklar bir an önce belirlenmelidir.
- Nitelikli eleman sayısı ve malzeme sayısı artırılmalıdır.
- Acil ve yoğun bakımlarda istekli elemanlar çalıştırılmalıdır.
- Yeni başlayan elemana oryantasyon eğitimi verilmeli ve sürekli hizmetiçi eğitimler düzenlenmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Polat Ş. Başarı değlerlemenin motivasyon üzerine etkileri ve İstanbul il sınırları içinde yer alan hastanelerde hemşirelik hizmetlerinde başarı değlerleme çalışmalarına yönelik bir araştırma [Yüksek lisans Tezi]. İ. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 1994.
2. Bingöl D. Personel yönetimi. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım; 1996.
3. Eke AE. İşe bağlılıkta motivasyon ve personel değlerlemenin yeri. SEGEM Sanayi Eğitim ve Geliştirme Merkezi Yayını 1987;10:20-3.
4. Seçim H. Hastane yönetim ve organizasyonu. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları; 1991.
5. Ataay İD. İşletmelerde insan gücü verimliliğini etkileyen faktörler (verimlilik, çalışma zamanı ve ücret tatmini). Ankara: MESS Yayınları; No: 126, 1988.
6. Prokopenko J. Verimlilik yönetimi uygulamalı el kitabı. Çevirenler: Baykal O, Atalay N, Fidan E. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları; Yayın No: 476, 1995.
7. Saydanlı Ş, Turgay M, Polat Ş, Gönül N, Baram Z, Kalkan G, ve ark. Bir üniversite hastanesinde hasta bakım hizmetlerini sunan hemşirelerin iş motivasyonlarının değlerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 1999;2:32-40.
8. Karaca E. Örgütsel takımlar ve takım çalışması iş tatmini arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma [Yüksek lisans Tezi]. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 1994.
9. Söyükle S. Hastanelerde oryantasyon programı çalışmaları ve İstanbul bölgesi hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinde oryantasyon çalışmalarına yönelik bir araştırma [Yüksek lisans Tezi]. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 1993.

## Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği

The Efficiency of Nursing Measures for the Prevention of Constipation in Patients who Survive Acute Myocardial Infarction

Semra ZORLU KOCATAŞ, Meliha ATALAY

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):28-33*

**Amaç:** Yatak istirahatine alınan miyokard infarktüsü hastalarda hareketsizlik konstipasyona yol açmaktadır. Bu çalışmada, akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği değerlendirildi.

**Çalışma Planı ve Yöntemler:** Çalışmaya kardiyo-loji kliniği yoğun bakım bölümünde miyokard infarktüsü tanısı ile yatan 60 hasta alındı. Kontrol grubuna ayrılan 30 hastaya sadece demografik özellikleri ile miyokard infarktüsü öncesi sıvı alma, beslenme, aktivite ve boşaltım alışkanlıklarını belirlemek için hazırlanan soru formu uygulandı. Deney grubuna alınan 30 hastaya ise, soru formu uygulandıktan sonra konstipasyon gelişmemesine yönelik olarak hazırlanan planlı hemşirelik bakımı uygulandı.

**Bulgular ve Sonuç:** Kontrol grubundaki hastaların %90'ında (n=27), planlı bakım verilen deney grubundaki hastaların %6.7'sinde (n=2) konstipasyon gelişti. Planlı hemşirelik bakımı kapsamında yer alan, hastaların yeterli sıvı almalarının sağlanması, düzenli posalı yiyeceklerin verilmesi, aktif tutulmaları ve düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin sağlanması tek başına yeterli olmazken, bu dördü uygulamaların birlikte yürütülmesi halinde etkili olduğu saptandı.

**Anahtar Sözcükler:** Kabızlık/komplikasyon/önleme ve kontrol; miyokard infarktüsü/hemşirelik; hasta bakım planı/hemşirelik; tuvalet eğitimi.

**Objectives:** Immobility during prolonged bed rest may cause constipation in patients who survive acute myocardial infarction. We evaluated the efficiency of nursing applications for the prevention of constipation following acute myocardial infarction.

**Study Design and Methods:** The study included 60 patients who were hospitalized in cardiology intensive care unit for acute myocardial infarction. Thirty patients who were assigned as controls were administered a questionnaire to determine their demographic features, and to obtain data on fluid taking, nutrition, activity, and excretion habits before myocardial infarction. The remaining 30 patients received planned nursing applications in order to prevent the development of constipation.

**Results and Conclusion:** Constipation developed in 27 patients (90%) in the control group, and in only two patients (6.7%) in the study group. Although each of the constipation preventing measures including maintenance of adequate fluid intake, receiving a fibre-rich diet, maintenance of activity, and regular intestinal excretion were not effective separately, a planned nursing care covering all four components resulted in a significantly decreased occurrence of constipation.

**Key Words:** Constipation/complications/prevention & control; myocardial infarction/ nursing; patient care planning/ nursing; toilet training.

Koroner arter hastalıkları (KAH), bireyin çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozan hastalıklardan biridir ve birçok toplumda, üretken çağdaki insanları tehdit etmektedir. Günümüzde kalp hastalıkları dünya genelinde ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır.<sup>[1]</sup>

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkin yaşta görülen ölümlerin en sık nedeni olan KAH, ülkemizde de genel mortalite nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır.<sup>[2]</sup> Koroner arter hastalıkları arasında önemli sıklıkta görülenlerden biri miyokard infarktüsüdür (MI).<sup>[1]</sup>

Miyokard infarktüsü geçirme, tüm yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlamalardan dolayı insanların günlük fizyolojik gereksinimlerini karşılamalarını etkilemektedir. Bu gereksinimlerden biri de boşaltımdır. Boşaltım problemleri zaman zaman yaşamı tehdit ederek müdahale edilmesini gerektirebilir. Bu problemlerin bilinen en belirgin örneği konstipasyondur (kabızlık).<sup>[3,4]</sup> Düzensiz bağırsak alışkanlığı, ağrı nedeni ile defekasyonu erteleme sıklıkla konstipasyonla sonuçlanır. Yetersiz sıvı alımı, hareketsizlik, lif-posa içeren besinlerin az alınması da konstipasyon gelişmesine neden olur.<sup>[5]</sup> Miyokard infarktüsünde konstipasyon, istenmeyen bir durumdur; çünkü bireyde gerginliğe, ağrıya yol açarak, ıkınma hissi ve Valsalva Manevrası'nın kullanılması sonucunu doğurur ve yeni bir infarkta neden olabilir.<sup>[6]</sup>

Konstipasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi, Mİ'de konstipasyonun yol açtığı yan etkilerin farkında olunması ve gelişmemesi için alınacak önlemler, etkili ve planlı bir hemşirelik bakımı için gereklidir.<sup>[3,4,6]</sup> Oysa, kliniklerde hemşirelerin, hastalarda konstipasyon gelişip gelişmediğini değerlendirmedikleri ve bunu önlemeye yönelik hemşirelik yaklaşımlarını gereğince uygulamadıkları gözlenmektedir.<sup>[7]</sup> Miyokard infarktüsülü hastalarda, konstipasyonun önlenmesinde etkili olan hemşirelik uygulamaları yerine getirilmediği için hastalara laksatifler verilme zorunda kalınmaktadır.

Konstipasyonu önlemek için günlük sıvı alımı, hasta için sakıncası yoksa en az 1500-2000 ml'ye çıkarılmalıdır. Sıvılar, kolonun sıvı volümünü artırarak dışkıyı yumuşatır ve peristaltizmi artırır.<sup>[3,4]</sup> Bağırsakların düzenli çalışması için diyetteki lif içeriği artırılmalıdır. Bol posa, kolonu doldurarak, bağırsak duvarını devamlı gere-

rek uyarır ve peristaltizmi artırır.<sup>[8]</sup> Hareketli olma, düzenli fiziksel egzersiz ise peristaltizmi artırır.<sup>[9]</sup> Bağırsak fonksiyonlarının düzenlenmesi için düzenli defekasyon alışkanlığının sürdürülmesi, defekasyon gereksiniminin ertelenmesi gerekir.<sup>[10]</sup> Hemşireler, hastaların yeterli sıvı almalarını, posalı yiyecekleri içeren diyet uymalarını, hareketli tutulmalarını ve düzenli boşaltım alışkanlığını sürdürmelerini sağlayarak konstipasyon sorununu önleyebilirler.<sup>[11,12]</sup>

Hemşirelerin, hastaların boşaltım gereksinimlerini tanımlayıp karşılayabilmeleri, boşaltım sorunlarına daha duyarlı olmaları ve gerekli uygulamalarda bulunabilmeleri için bu konuda araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Araştırmamız, Mİ geçiren hastalarda ortaya çıkabilecek konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya, Ocak-Ağustos 1999 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji kliniği yoğun bakım bölümünde Mİ tanısı ile yatan ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan 30'u kontrol 30'u deney olmak üzere toplam 60 hasta alındı. Uyum işbirliği sağlanamayan, araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, hastanede beş günden daha kısa süreyle kalan, hareket etmesi doktor istemiyle kısıtlanan; boşaltımını etkileyen megakolon, irritabl bağırsak sendromu, Chron hastalığı, ülseratif kolit, anal fisür, fistül, ülser ve hemoroid gibi patolojik durumları olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Veriler, (i) hastaların demografik özellikleri ile Mİ öncesi sıvı alma, beslenme, aktivite ve boşaltım alışkanlıklarını belirlemek için hazırlanan 27 soruluk anket formu ile ve (ii) deney grubuna alınan hastalara planlı hemşirelik etkinlikleri uygulanarak toplandı.

Kontrol grubunda bulunan hastalara sadece soru formu uygulandı; konstipasyonun gelişmemesine yönelik planlı hemşirelik bakımı verilmedi. Servisin rutinlerine bırakılan kontrol grubundaki hastalara, beş gün boyunca her günün sonunda defekasyona çıkıp çıkmadıkları soruldu. Deney grubuna alınan hastalara ise, soru formu uygulandıktan sonra konstipasyon gelişmemesine yönelik, kaynak kitapların gös-



**TABLO I**  
**Kontrol ve deney grubundaki hastaların demografik özellikleri**

		Kontrol grubu		Deney grubu		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	25	83.0	26	87.0	51	85.0
	Kadın	5	17.0	4	13.0	9	15.0
Yaş	25-34	2	7.0	–	–	2	3.3
	35-44	1	3.0	4	13.0	5	8.3
	45-54	9	30.0	6	20.0	15	25.0
	55-64	11	37.0	9	30.0	20	33.3
	65 ve üstü	7	23.0	11	37.0	18	30.0
Meslek	Evkadını	5	17.0	6	20.0	11	18.3
	Emekli	13	43.0	10	33.0	23	38.3
	İşçi	1	3.0	3	10.0	4	6.7
	Memur	2	7.0	3	10.0	5	8.3
	Serbest meslek (Esnaf)	9	30.0	8	27.0	17	28.3
Medeni durum	Evli	29	97.0	26	87.0	55	91.7
	Dul	1	3.0	4	13.0	5	8.3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	20.0	6	20.0	12	20.0
	Okuryazar	6	20.0	9	30.0	15	25.0
	İlköğretim	14	46.0	13	44.0	27	45.0
	Lise	3	11.0	18	3.0	4	6.7
	Yüksekokul	1	3.0	1	3.0	2	3.3

terdiği doğrultuda hazırlanan planlı bir hemşirelik bakımı uygulandı. Hastaların sıvı alımları yeterli ise bunu sürdürmeleri sağlandı; sıvı alımları yeterli değil ise, sıvı kısıtlamaları yoksa günde 1500-2000 ml arasında sıvı gerek oral gerekse mayi desteği ile araştırmacının denetim ve gözetiminde verildi. Hastalara, her sabah aç karnına ve gece yatmadan önce bir bardak ılık su içmeleri söylendi ve içip içmedikleri denetlendi. Hastane dışından yiyecek getirilmesine izin verilmediği için, diyetlerine laksatif etkili bol posa içeren lifli besinler eklenmedi; ancak hastane yemeklerinde posa içeren yemekleri yemeleri sağlandı. Hastalara yaptırılacak hareketler, önce araştırmacı tarafından uygulanarak ve açıklama yapılarak gösterildi, daha sonra da hastanın yapması sağlandı. Hastalara yatak içinde öncelikle iki saatte bir olmak üzere aktif pasif hareketler yaptırıldı, daha sonra bacak hareketlerine geçildi. Literatürde, özellikle bacak hareketlerinin bağırsak hareketlerini artırıcı etkisi belirtildiğinden, hastalarda bacak hareket-

lerine ağırlık verildi.<sup>16]</sup> Düzenli boşaltım alışkanlığını sürdürmeleri için hastaların her gün aynı saatte komoda oturmaları sağlandı.

Veriler, bilgisayarda SPSS 7.5 programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ve Fisher kesin khi-kare testi kullanıldı.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya alınan hastalara ait demografik bilgiler Tablo I'de özetlendi.

**TABLO II**  
**Kontrol ve deney grubundaki hastalarda konstipasyon gelişme durumu**

	Gelişen		Gelişmeyen		Sonuç
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kontrol	27	90.0	3	10.0	$\chi^2=41.713$
Deney	2	6.7	28	93.3	$p<0.05$

**TABLO III**  
**Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde aldıkları günlük sıvı miktarlarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları**

Günlük sıvı alımı (ml)		Gelişen		Gelişmeyen		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kontrol grubu	0-400 ml	-		-		-	
	500-900	1	3.7	-		1	3.3
	1000-1400	8	29.6	2	66.7	10	33.3
	1500-1900	7	26.0	-		7	23.3
	2000 ve üstü	11	40.7	1	33.3	12	40.0
<i>Toplam</i>		27	100.0	3	100.0	30	100.0
Deney grubu	0-400	-		1	3.5	1	3.3
	500-900	-		1	3.5	1	3.3
	1000-1400	2	100.0	6	21.4	8	26.7
	1500-1900	-		5	18.0	5	16.7
	2000 ve üstü	-		15	53.6	15	50.0
<i>Toplam</i>		2	100.0	28	100.0	30	100.0

Konstipasyon, kontrol grubundaki hastaların %90'ında (n=27), deney grubundaki hastaların %6.7'sinde (n=2) gelişti. Elde ettiğimiz sonuç, uygulanan planlı hemşirelik bakımının konstipasyonu önlemede etkili olduğunu doğruladı (Tablo II).

Bulgularımız, Anti ve ark.nın,<sup>[11]</sup> yaşlı yetişkinlerde konstipasyonun önlenmesine yönelik yap-

tıkları çalışma verilerine ve Benton ve ark.nın<sup>[12]</sup> bir kronik bakım hastanesinde laksatif kullanımını azaltmak için uyguladıkları programda elde ettikleri verilere paralellik göstermektedir.

Kontrol grubunda konstipasyon gelişen hastaların sekizinde (%29.6) 1000-1400 ml, 11'inde (%40.7) 2000 ml ve üstü sıvı alma alışkanlığı; deney grubunda konstipasyon gelişmeyen 15 has-

**TABLO IV**  
**Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde ağırlıkla tükettikleri yemek türlerine göre hastanede konstipasyon gelişme durumları**

Yemek türleri		Gelişen		Gelişmeyen		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kontrol grubu	Sebze-hamur yemekleri	6	22.2	-		6	20.0
	Sebze-et yemekleri	7	26.0	1	33.3	8	26.7
	Sebze-diğer yemekler*	2	7.4	-		2	6.7
	Hamur-et yemekleri	6	22.2	1	33.3	7	23.3
	Et-diğer yemekler*	6	22.2	1	33.3	7	23.3
<i>Toplam</i>		27	100.0	3	100.0	30	100.0
Deney grubu	Sebze-hamur yemekleri	-		5	17.9	5	16.7
	Sebze-et yemekleri	-		7	25.0	7	23.3
	Sebze-diğer yemekler	-		4	14.3	4	13.3
	Hamur-et yemekleri	1	50.0	6	21.4	7	23.3
	Et-diğer yemekler	-		4	14.3	4	13.3
<i>Toplam</i>		2	100.0	28	100.0	30	100.0

\*Diğer yemekler: Çorba, sakatat, yumurta, salata.

**TABLO V**  
Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde aktivite alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları

Spor alışkanlığı	Aktivite	Gelişen		Gelişmeyen		Toplam		Sonuç
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kontrol grubu	Var	–		–		–		P=Q
	Yok	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
<i>Toplam</i>		27	100.0	3	100.0	30	100.0	
Deney grubu	Var	–		1	3.6	1	3.3	p>0.05
	Yok	2	100.0	27	96.4	29	96.7	p=1.000
<i>Toplam</i>		2	100.0	28	100.0	30	100.0	

tada (%53.6) 2000 ml ve üstü, altı hastada (%21.4) 1000-1400 ml arasında sıvı alma alışkanlığı saptandı (Tablo III).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların evlerinde günlük sıvı alma miktarları birbirine yakın bulundu. Yüzdeler değere göre sıvı alımını artırmanın konstipasyonu önlemede tek başına yeterli olmadığı düşünüldü.

Kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastanın %55.6'sı (n=15) sebze ağırlıklı yemek türlerini, deney grubunda ise konstipasyon gelişen iki hasta da hamur-et ağırlıklı yemek türlerini tükettiklerini belirtmişlerdir (Tablo IV). Literatürde, lif içeren sebze türünün konstipasyonu önlemede etkili olduğu, buna karşın hamur ağırlıklı yiyeceklerin ise lif içermemesi nedeniyle konstipasyona yatkınlık yarattığı belirtilmiştir.<sup>[13]</sup>

Çalışmamızda lifli sebze türlerinin tüketilmesi ile konstipasyon gelişimi açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Kontrol ve deney grubundaki konstipasyon gelişen tüm hastalarda spor alışkanlığının olmadığı, deney grubunda ise konstipasyon gelişmeyen 28 hastanın sadece birinde (%3.6) spor alışkanlığının olduğu belirlendi (Tablo V). Kontrol ve deney grubundaki hastaların spor alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05).

Kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastanın %74.1'inde (n=20), deney grubunda ise konstipasyon gelişen iki hastanın birinde günde bir kez bağırsak boşaltım alışkanlığı saptandı (Tablo VI).

**TABLO VI**  
Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki barsak boşaltım alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları

Boşaltım alışkanlığı		Gelişen		Gelişmeyen		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kontrol grubu	Günde 1'den fazla	5	18.5	–		5	16.7
	Günde 1 kez	20	74.1	–		20	66.7
	2 günde 1 kez	2	7.4	3	100.0	5	16.7
	2 günden daha uzun arayla	–		–		–	
<i>Toplam</i>		27	100.0	3	100.0	30	100.0
Deney grubu	Günde 1'den fazla	–		2	7.1	2	6.7
	Günde 1 kez	1	50.0	16	57.1	17	56.7
	2 günde 1 kez	1	50.0	6	21.4	7	23.3
	2 günden daha uzun arayla	–		4	14.3	4	13.3
<i>Toplam</i>		2	100.0	28	100.0	30	100.0

Planlı hemşirelik bakımı kapsamında yer alan, hastaların yeterli sıvı almalarının sağlanması, düzenli posalı yiyeceklerin verilmesi, aktif tutulmaları ve düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin sağlanmasının birlikte yürütülmesi halinde konstipasyonun önlenmesinde etkili olduğu sonucuna varıldı.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

- Hemşirelerin, hastaların yeterli sıvı almaları, posalı besinleri içeren diyeteye uymaları, hareketli tutulmaları ve düzenli boşaltım alışkanlığını sürdürmeleri ile konstipasyonun önlenebileceği konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir.

- Hastanın tedavisinden sorumlu hekim ve hemşirenin, hastane diyetisyenleri ile işbirliği yaparak, özellikle Kardiyoloji servisindeki hastalara verilen yemeklerin posalı besinleri içermesini sağlamaları gerekir.

- Konstipasyonu önlemeye yönelik planlı hemşirelik uygulamaları için, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ile işbirliği yapılarak protokol oluşturulması sağlanmalıdır.

- Konstipasyonu önlemeye yönelik uygulamalar ve hastaların dikkat etmeleri gereken konuları içeren bir broşür hazırlanması uygun olur.

- Hastaların tedavisini ve bakımını yürüten sağlık personelinin konstipasyon belirtileri ile ilgili farkındalık düzeyleri, yapılacak araştırmalarla belirlenmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Guyton A, Hall J (editors). Tıbbi Fizyoloji (çeviren Çavuşoğlu H) 9. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1996.
2. Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz. Türk Kardiyoloji Derneği Raporu. 1995.
3. Potter PA, Perry AG (editors). Basic nursing-Theory and practice. 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
4. Potter PA, Perry AG (editors). Foundations in nursing theory and practice. 2nd ed. Turin: Mosby; 1995.
5. Canobbia M. Mosby's Handbook of patient teaching. 1st ed. St. Louis: Mosby; 1996.
6. Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM (editors). Medical-surgical nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1996.
7. Evans L, Barnett C, McTurk K. Movement through change. Nurs Times 1996;92:30-1.
8. Gibson CJ, Opalka PC, Moore CA, Brady RS, Mion LC. Effectiveness of bran supplement on the bowel management of elderly rehabilitation patients. J Gerontol Nurs 1995;21:21-30.
9. Abyad A, Mourad F. Constipation: common-sense care of the older patient. Geriatrics 1996;51:28-34,36.
10. Akdemir N. İç hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 9, 1998.
11. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, Valenti A, Iascone E, Marmo R, et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. Hepatogastroenterology 1998;45:727-32.
12. Benton JM, O'Hara PA, Chen H, Harper DW, Johnston SF. Changing bowel hygiene practice successfully: a program to reduce laxative use in a chronic care hospital. Geriatr Nurs 1997;18:12-7.
13. Baysal A, Güneşli U, Bozkurt N, Keçecioglu S, Aksoy M (editörler). Diyet el kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Öztekin Matbaacılık; 1988.

## Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi

### The Significance of Touch in Critical Care Units

**Mukadder MOLLAOĞLU**

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):34-40*

Önemli bir iletişim şekli olan dokunma, diğer iletişim şekilleri ile karşılaştırılmayacak kadar farklı bir gereksinimdir ve bireylerin sağlıklı gelişiminde önemli rol oynamaktadır. İnsanların dokunmaya olan gereksinimi doğumla başlar ve tüm yaşamı boyunca devam eder. Bireyin yaşam süreci içinde karşılaştığı stresli olaylar dokunmaya olan gereksinimi artırır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda dokunma eylemi büyük önem kazanmaktadır. Bu ünitelerdeki teknolojik araç-gereçler ve uygulamalar hastaların kendini algılamasında değişikliklere neden olacağı gibi, onlarda dokunma eyleminin azalmasına da yol açmaktadır. Hastalarla en çok etkileşimde bulunma fırsatı olan hemşireler etkili dokunma yoluyla hastalarda güçlü bir terapötik etki sağlayarak korku, anksiyete, kontrol kaybı gibi duyguların yaşanmasını azaltabilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Anksiyete bozuklukları/hemşirelik; iletişim; hemşirelik değerlendirmesi; relaksasyon teknikleri; terapötik dokunma/hemşirelik/yöntem; dokunma.

Touch which is one of the most effective ways of communication is a different need which cannot be met by any other communication methods and it plays a vital role in the healthy development of individuals. People's need for touch begins with birth and continues throughout their lives. The stressful events that the individual confronts during the process of living increases the need for touch. The act of touch gains a major importance for patients hospitalized in critical care units. Technological equipment and applications in these units can cause alterations in the individual's self perception and reduces the frequency of physical contact by means of touch with the patient. Nurses, who have much opportunity for communication with the patients, may reduce negative feelings of patients such as fear, anxiety, and loss of control through effective therapeutic touch.

**Key Words:** Anxiety disorders/nursing; communication; nursing assessment; relaxation techniques; therapeutic touch/nursing/methods; touch.

Yaşam içerisinde bilinçli ya da bilinçsiz kullandığımız duygusal içerikli bir eylem olan dokunmaya olan gereksinim doğumla başlar ve tüm yaşam boyunca devam eder. Dokunma yoluyla iletişim basit, dürüst, doğrudandır ve birey üstünde olumlu etki bırakan pozitif bir dav-

ranıştır.<sup>[1,2]</sup> Anlamlı iletişim, hastanın psikososyal gereksinimlerinin karşılamasında bir araç olabilir. Sağlık hizmetleri alanında iletişimde kullanılan yöntemler içerisinde en önemli ve en etkili olan dokunma, sözsüz iletişimin öğelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Dokunma



hasta-hemşire etkileşiminde birçok amaca hizmet etmektedir. Hemşireler dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajları iletirler.<sup>[3-5]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan teknolojik araç-gereç bireyin kendini algılamasında değişikliklere neden olabilmekte ve bu teknolojik araçlar hemşirenin hastaya dokunma fırsatını azaltabilmektedir. Bu nedenle, hemşireler yoğun bakım ünitelerinde dokunmayı hasta gereksinimine göre, bilinçli, planlı ve amaçlı kullanmalıdır.<sup>[6-8]</sup>

### Dokunmanın Etkileri

Etkili dokunma güçlü bir terapötik müdahaledir. Dokunmanın mental, fiziksel gelişim için temel gereksinimlerden biri olma; diğer duyu-lar aracılığı ile algılanan gerçekleri doğrulama; algılama-kavrama yetenekleri üzerinde pozitif bir etkiye sahip olma; solunum, nabız ve kan basıncında değişimlere neden olma; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sakinleştiricilere olan gereksinimini azaltma gibi etkileri vardır. Ayrıca, hastaların yer, zaman ve kişi tanımlamalarını yapabilmeye ve gerçeğe oryante olmalarını sürdürme ve artırmada dokunma önemli bir rol oynamaktadır. Özet olarak, dokunma, insan yaşamında olumlu bir rol oynar ve insanlar arasındaki etkileşimde önemli bir köprüdür.<sup>[2-5,7,9-14]</sup>

Dokunma ile ilgili yapılan çalışmalarda, sağlık sorununun özelliği, yaş ve aile ilişkileri ile dokunma arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Korku, anksiyete ve depresyon yaşayan, konuşamayan, oryantasyon bozukluğu olan, bilinç düzeyi değişmiş, terminal dönemde olan, yaşlı, fiziksel bozukluğu olan, duyma-görme kaybı yaşayan, ameliyat öncesi dönemde olan ve ciddi hastalığı olan bireylerin dokunmaya en çok gereksinimi olan kişiler olduğu belirlenmiştir.<sup>[3,5-7]</sup> Yaşlı hastaların ağrı, yalnızlık ve ruhsal çökkünlüğü azaltmak için dokunmanın kullanılması gerektiğine inandıkları belirtilmiş; aileleri ile yakın ilişki yaşayan bireylerde dokunmaya olan isteğin azaldığı belirlenmiştir.<sup>[7]</sup>

Hemşirelerin yaşlı hastaların özellikle iletişim gereksinimlerinin farkında olmaları gerektiği bildirilmiştir. İletişim stratejileri "hemşire ve hasta arasındaki sözsüz etkileşimin önemli

bir şekli olan" sözlü ve sözsüz iletişimi içermektedir. Yaşlılarda duyu kullanımını azaldığı için, etkili bir iletişim daha büyük bir önem kazanmaktadır. Çünkü yaşlılarda duyu kaybına bağlı yalnızlık ve izolasyon gelişme olasılığı artmıştır. Bu faktörlerin, yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını önemli ölçüde etkilediğine inanılmaktadır.<sup>[1,2,9]</sup>

Yapılan bir çalışmaya göre, kritik bakım ünitelerindeki hemşirelerin dokunmayı kullanmaları yaş, sağlık sorunu ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Dokunmaya en çok gereksinimi olan yaşlılar, en az dokunulan bireyler olurken; fiziksel bozukluğu olmayan veya çok az olan insanların en çok dokunulan bireyler olduğu ve erkeklere çok az dokunulduğu belirlenmiştir.<sup>[7]</sup>

Özellikle duyma ve görme kaybı olan bireylerin etkili bir iletişime olan gereksinimleri daha fazladır. Daha önceden planlanmış bir dokunma programı, yabancı olan hastane ortamında hastaların duyu-larını kontrol etme yeteneklerini artırmaktadır. Aynı zamanda bakım planı içerisinde yer alan dokunma eylemi, ameliyat öncesi öğretilerde de oldukça etkili bir hemşirelik girişimi olabilmektedir. Hemşireler tarafından düzenlenen ve uygulanan dokunma programının hastayı yatıştırıcı ilaçlardan daha çok rahatlattığı belirtilmektedir. Ayrıca, dokunmanın hasta-hemşire etkileşimini artırdığı, hastanın psikososyal sorunlarını azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı önemle vurgulanmıştır.<sup>[11,13,14]</sup>

### Dokunmanın Özellikleri

Dokunmanın süresi, yeri, sıklığı, yoğunluğu ve duyu özellikleri vardır. *Dokunma süresi* dokunma eyleminin toplam süresini ifade eder. Dokunma süresi uzadıkça hastanın kendi vücut parçalarını ve beden bütünlüğünü daha gerçekçi olarak hissetme fırsatı artacaktır. Bu durum bireyde özsaygı ve özgüvenin artmasına yardımcı olmaktadır.

*Dokunma yeri* dokunulan vücut parçaları ve alanları ifade eder. Dokunma yeri, belirli vücut parçaları ve bu parçaların bütünlüğüne ilişkin mesajlar verir. Örneğin, gövdeye dokunmak, bireye kollarına dokunmaktan daha çok yakınlık ve güven duygusu vermektedir.

*Dokunma sıklığı* yaşanan toplam dokunma miktarıdır. Dokunma sıklığı arttıkça bireyin özsaygısı, dokunan bireyle yakınlığı ve bilişsel,

emosyonel, seksüel kimliğini tanıma ve geliştirme özellikleri artar.

*Dokunma yoğunluğu* dokunma sırasında vücut yüzeyine uygulanan basıncı ifade eder. Yoğunluk deride meydana gelen çöküntü ile belirlenebilir. Güçlü dokunmaların terapötik etkilerinin çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

*Duyu özelliği*, dokunmayla hoş giden veya ağrı veren duyguların yaşanmasıdır. Bireylerin beden imgesi veya kendini algılamasında bir değişim varsa, dokunmayla ağrı hisseder; bu durumların algılanmasında bir bozukluk yoksa, dokunma duygusu bireyde hoş duyguların yaşanmasına neden olacaktır.<sup>[4,7,14]</sup>

### Dokunmanın Sınıflandırılması

Dokunma, bireylerin ilişkileri, rolleri, dokunan ve dokunulan kişi arasındaki etkileşim yoğunluğu göz önüne alınarak beş düzeyde ele alınmıştır.<sup>[1,7,14]</sup>

*Birinci düzey- Fonksiyonel-profesyonel dokunmalar:* Dokunmanın bu düzeyi profesyonel görevlerle ilgili olan bir sınıflamadır. Hemşire-hasta, hemşire-hasta ailesi, hekim-hasta arasındaki dokunma şekli bu sınıflamaya girmektedir.

*İkinci düzey- Sosyal-nezaket gereği olan dokunmalar:* Bu ilişki düzeyi, kültürel (gelenek-görenek) özellikler gösteren dokunma davranışlarıdır. İnsanların karşılaştıklarında tokalaşmaları bu ilişki düzeyine örnek bir davranış olarak verilebilir.

*Üçüncü düzey- Dostluk-içtenlik:* Dostluk, sevgi, içtenlik mesajlarının taşındığı dokunmalar- dır. Sosyal ve nezaket gereği olan sosyal ilişkilerden daha az resmi bir özelliği vardır. Kucaklaşma, bu ilişki tarzındaki dokunma şekline bir örnektir.

*Dördüncü düzey- Sevgi-samimiyet:* Dokunmanın bu düzeyi, derin ilgi ve bağlantı mesajlarını taşır. Bu ilişki türünde daha çok el-kol hareketleri kullanılır.

*Beşinci düzey- Seksüel uyarı:* Seksüel içerikli uyarıdır. Sevgi ve bağlılık mesajları taşıyabilir.<sup>[1,7,14]</sup>

Hemşire, hastayla en çok etkileşimde bulunma fırsatı olan sağlık çalışanıdır. İşi gereği hemşirenin hastaya sadece fonksiyonel-profesyonel dokunması etkin bir iletişim şekli olmadığından; kabul etme, ilgi, destek mesajları içeren

dostluk-içtenlik dokunma düzeyini profesyonel-fonksiyonel ilişki düzeyiyle birlikte kullanması daha insancıl ve hasta-hemşire ilişkisini daha çok güçlendirecek bir yaklaşım olacaktır. Çünkü, ilgi, güven ve destek, hasta-hemşire arasındaki bağın temelini oluşturmaktadır.<sup>[5,7,9,15-17]</sup>

### Dokunma Yoksunluğu (Hypohugganemia)

İnsanların dokunmaya olan gereksinimi doğumla başlar ve ölüme dek sürer. Birey bu gereksinimi yaşamının her döneminde karşılamak için uğraşır. Hastalanmak, hastaneye yatmak, sevdiği birini kaybetmek veya kriz yaşadığı dönemlerde bireyin dokunmaya olan gereksinimi veya isteği artar. Bireyin bu dönemlerinde, dokunma gereksinimi karşılanmazsa, dokunma yoksunluğu yaşar. Bu dönemlerinde diğer uyarıcı çeşitleri verilse bile, bireyin dokunmaya olan gereksinimi azalmayabilir; bu dönemde ancak onu insancıl bir dokunma tatmin edebilir.<sup>[1,5,7,15]</sup>

### Dokunma Yoksunluğu İçin Riskli Hasta ve Aileler

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar dokunma yoksunluğu tehdidiyle karşı karşıyadırlar. Bilinçli, iyi planlanmış bir dokunma programı dokunma yoksunluğuna ilişkin sorunların azalmasını sağlayabilir. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve ailelerin dokunma yoksunluğu yaşamalarını etkileyen faktörler aşağıda yer almaktadır.<sup>[7,8]</sup>

*Duyusal yoksunluk:* Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastada, duyu kullanımında bozukluk veya yeterli nitelik ve nicelikte duyusal girdilerin olmaması, hastaların çevrelerini anlamlı olarak değerlendirme yeteneklerini değiştirebilir. Bu tür hastalar hemşire tarafından planlanmış ve bireyselleştirilmiş dokunma programlarından yararlanabilirler.

*Beden sınırlarının tehdidi:* Makine ve teknolojik aletlerin kullanımının artmasıyla yoğun bakım ünitelerinde hastaların korku ve şaşkınlığı da artmaktadır. Ortam, kateterler, damar içi infüzyon setleri, monitörler, mekanik araç gereçlerle kuşatılmıştır. Bu durumda, hastalar kendilerine bağlı olan bu araç gereçleri ve vücudun başlangıç-bitiş sınırlarını anlamada zorlanabilirler. Hastanın yaşadığı bu zorluk, hemşirenin zamanının büyük bir bölümünü bu makinelere dokunma ve ellemesiyle geçirmesi sonucunda artabilir. Bu durumda hemşire, hastayı kendine

dokunması için desteklemelidir. Hastanın vücuduna dokunmasının, onun vücudunun bütünlüğünü algılamasına yardımcı olduğuna inanılmaktadır.<sup>[6-8]</sup>

*Korku, anksiyete ve kontrol kaybı:* Yoğun bakım üniteleri, güçlü, cesur, korkusuz, soğukkanlı ve iyimser özellikte olan bireyler için bile oldukça güç bir çevredir. Bu nedenle hemşire, hastaların psikososyal özelliklerini dikkate almalı ve mümkün olduğunca hastayı kendi bakımına katmalıdır. Hastanın kendi bakımına katılması hastada özgüvenin, özsaygının artmasına, anksiyete ve korkunun azalmasına neden olmaktadır. Bu yöntem, dokunmanın kullanılmasıyla birlikte, hemşirenin içtenlik, destek, anlayış ve bakım kalitesini büyük ölçüde artırabilir. Dokunma yoluyla iletilen mesajlar kriz sırasında da çok önemli olabilmektedir. Sakin ve açık bir sözel mesajla birlikte göz teması veya etkili dinleme kullanıldığında, iletişim daha güçlü olacaktır.<sup>[2,10,17]</sup>

*Aileden ayrılma:* En liberal ziyaret politikalarının olduğu yoğun bakım ünitelerinde bile, kriz döneminde olan hastanın yanında olmak isteyen aile ve yakınlarının görüşmesine izin verilmeyebilir. Krizin ortaya çıkması için, beklenmedik bir psikososyal değişim ve yaşamı tehdit eden bir olay olması gerekmez. Bireyin kendini yalnız hissetmesi, yabancı bir çevrede uyanması, ölüm korkusu veya sevdiği insanlardan ayrı kalması da bireye kriz yaşatabilir. Hemşire, bu durumda olan hastalara dokunma yoluyla yakınında olduğu mesajını verebilir ve sevdiği insanlarla, yakınlarıyla temas kurmalarını sağlayarak yardımcı olabilir.<sup>[5,15]</sup>

*İletişim engelleri:* Hastalar, kendilerine bakım veren kişilerle iletişim kurma gereksinimindedirler. Bu durum onların kendilerini diğer insanlarla etkileşebilen ve gerçeklerle bağlantı kurabilen insanlar olduğunu hissettirecek, dolayısıyla kendilerini değerli olarak algılamalarını sağlayacaktır. İletişim kurmanın önemi, duymayan, anlamayan, konuşamayan, entübasyon veya fiziksel bir bozukluk nedeniyle iletişim kuramayan hastalarda artmaktadır. Elini, kolunu veya yüz kaslarını hareket ettiremeyen felçli hastaların iletişim yolları daha kısıtlıdır.<sup>[5,7,9]</sup>

Sözel iletişimi dokunmayla zenginleştirerek hastalara yaklaşmak çok etkili olabilir. Hemşire hastanın kendisine dokunmasına izin vermelidir. Hastalar dokunma yoluyla birçok duygu ve

mesajı iletebilirler. Hemşirenin eline, yüzüne dokunan, kolunu yaslayan hasta ona korku, ağrı, anlayış, hoşnutluk gibi duygu ve mesajları iletebilir.<sup>[2,9]</sup>

*Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ailesi olmak:* Hasta, ailesiyle bir bütündür ve bu nedenle ailesiyle birlikte ele alınmalıdır. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar gibi, aileler de kaygı ve korku içindedir ve hastaları için birşey yapamama ve yardım edememenin çaresizliğini hissederler. Hasta gibi onlar da bazı durumlarda sağlık ekibine teslim olmak zorunda kalmışlardır. Kendilerini sevdiklerinden ayrı bulurlar ve bilmedikleri, tanımadıkları, korku yaşadıkları bir çevrede ziyaret politikalarının bir kurbanı olarak görürler. Bu durumda, aileye en anlamlı ve destekleyici iletişim bakım personelinin gelir. Hemşire, aile üyeleriyle açık, anlaşılır bir dille konuşarak, sorularını yanıtlamak için yeterli zaman ayırarak ve onlara yeterli ilgi göstererek iletişim engellerini azaltabilir. Hemşire aile ile bilgi paylaşırken bir yandan da konuştuğu kişinin eline, koluna, omzuna dokunarak onu dinlediğini ifade edebilir. Hemşire özellikle bu stratejiyi, anlaşamadıklarını hisseden bireyler için kullanabilir.<sup>[5,17]</sup>

*Ailenin hastaya dokunma korkusu:* Yoğun bakım ünitelerinde hastası olan aileler kendilerini çaresiz ve güçsüz hissederler. Hemşirelerin alışkın olduğu tüpler, pansumanlar, kablolar ve makineler aile üyelerini korkutabilir. Sevdikleri insana bağlı olan araç-gereç nedeniyle, zarar verebilecekleri kaygısıyla dokunmaktan çekinebilirler. Sevdikleri insanın ciddi bir hastalığının olması aileyi derinden etkiler. Bu durumda yapılabilecek en doğru yaklaşım, hasta ailesinin ziyaretinden önce hasta ve odasının hazırlanmasıdır. Bu amaçla ailesine hastanın yaşadığı durum anlatılmalı, kullanılan araç-gereç ve makineler tanıtilmeli ve kullanılma gereği açıklanmalıdır. Bu açıklamalar sırasında hemşire hasta ailesiyle arasında güven ve destekleyici bir iletişimi geliştirmek için dokunma yöntemini kullanabilir. Hemşire, yatak başında hasta ve ailesiyle konuşurken dokunmanın bir sakıncasının olmadığını göstermek için hastaya dokunabilir; aile üyelerinden birinin hastanın eline, koluna, yüzüne, omzuna dokunmasını sağlayarak, onlarda hasta ve cihazlara zarar verme endişesini azaltabilir ve böylece aile üyelerinin hastaya dokunmasını başlatabilir. Hemşirenin aile için model olan bu davranışları, ailenin kendini daha rahat his-

setmesini sağlayacak ve anksiyetesini azaltacaktır.<sup>[5,7,15]</sup>

### Dokunma Gereksinimi Olan Hasta ve Ailesinin Hemşirelik Değerlendirmesi

Dokunma gereksiniminin bireysel olarak değerlendirilmesi hemşirelik eylemlerinin başlatılmasında önemli bir adımdır. Dokunma isteğini birçok faktör etkilediği için, hemşire herkesin dokunma gereksiniminin ve tepkisinin bireysel olabileceğini unutmamalıdır. Dokunma konusundaki bireysel inanç ve duyguları etkileyen faktörlerin karmaşıklığı nedeniyle her bireyin bu yönlerinin nicelik ve niteliği için kesin formül yoktur. Aile uygulamaları, kültürel uygulamalar, baş etme yöntemleri başkaları tarafından dokunma isteğini etkilemektedir. Hemşireler, hasta ve ailelerin dokunma gereksinimlerini karşılamak için, ailenin iletişim-etkileşim örneklerini bilmeli ve ona göre yaklaşmalıdırlar.<sup>[5-7,15]</sup>

Hemşirenin, hasta ve ailenin dokunma gereksinimlerini değerlendirirken göz önünde bulundurduğu bazı anahtar soruları vardır. "T.O.U.C.H.I.N.G" harfleriyle simgelenen ve dokunmaya gereksinimin arttığını gösteren bu anahtar sorular Tablo 1'de değerlendirme rehberi (assessment guide) kapsamında yer almaktadır.

(i) *Aile ve sağlık personelinin hastaya dokunmasının azalması*– Aile ve sağlık ekibi tarafından hastaya dokunma sıklığının azalması önemli işaretlerden biri olabilir. Bu hastalar, fiziksel gereksinimleri az olan hastalar veya kinetik bir yatakta yatan hastalar olabileceği gibi, stabil veya trafiği daha az olan bir yerde bulunan hastalar da olabilmektedir. Genellikle bu hastaların ya hiç veya çok az ziyaretçisi vardır ya da aile üyeleri hastaya dokunmada tereddüt ederler, hasta yatağından uzak dururlar, korkulu ve rahatsız görünürler. Bu nedenle, bu gruba giren hastalar dokunma yoksunluğu yaşarlar.<sup>[7]</sup>

TABLO I

T.O.U.C.H.I.N.G. harfleriyle simgelenen değerlendirme kriterleri<sup>[7]</sup>

<b>TOUCHING</b>	Total amount of touching is low by family and health team members (Aile ve sağlık personelinin hastaya dokunmasının azalması)
<b>TTOUCHING</b>	Older patient Orientation problems (Yaşlı ve uyum sorunu yaşayan hastalar)
<b>TOUCHING</b>	Unusual threats to body image or body boundary (Beden imgesi ve beden bütünlüğünü tehdit eden uygulamalar)
<b>TOUCHING</b>	Consciousness level? (Bilinç düzeyi) Communication problems? Intubated? Tracheostomy? (İletişim problemleri? Entübasyon? Trakeostomi?) Crisis situation (Kriz durumları)
<b>TOUCHING</b>	High technology ad bedside (Teknolojik araç-gereçler) High stress period? (Stresin arttığı durumlar?) Helplessness and hopelessness? Sign of depression? (Çaresizlik ve ümitsizlik? Depresyon bulguları?)
<b>TOUCHING</b>	ICU psychosis? Confused? Restless? (Yoğun bakım ünitesi psikozu? Konfüzyon? Huzursuzluk?) Initiation of touch by patient (Hastanın dokunmayı başlatması)
<b>TOUCHING</b>	Normal use of senses (Duyuların normal olması)
<b>TOUCHING</b>	Giving behavior cues? Verbally? Nonverbally? (Hastanın davranışsal ipuçları vermesi? Sözel veya değil?)



(ii) *Yaşlı ve uyum sorunu yaşayan hastalar*– Yaşlı ve oryantasyon bozukluğu olan hastaların çoğunlukla kriz durumlarında anlamlı dokunmaya olan gereksinimleri artmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle duyusal yoksunluk, konfüzyon ve iletişim güçlükleriyle ilgili sorunların daha çok yaşandığı belirlenmiştir.<sup>[1,7]</sup>

(iii) *Beden imgesi ve beden bütünlüğünü tehdit eden uygulamalar*– Beden imgesi ve beden bütünlüğünü tehdit eden durumlar hastalarda rahatsızlığa, huzursuzluğa neden olabilir. Ayrıca bu hastalar bakımlarında kullanılan mekanik cihazlardan dolayı bedenlerinin farklılaşmasıyla ilgili güçlükler yaşayabilirler. Cerrahi operasyona veya diğer invaziv işlemlere maruz kalan hastalarda, hastalık veya tedavi nedeniyle kilo kaybeten veya alan hastalarda, organ transplantasyonu olan hastalarda ve yaşam destekleyici cihazlara bağımlı olan hastalarda bedenlerini algılama problemlerinin ortaya çıktığı bildirilmektedir.<sup>[2,3,16,17]</sup>

(iv) *Bilinç düzeyi*– Hastanın bilinç düzeyi, dokunma gereksinimi hakkında ipucu verebilir. Stabil, kendi bakımına katılabilen, uyanık hastalar dokunmaya daha az ihtiyaç duyarlar. Ancak dokunma ihtiyaçlarındaki eksiklik uzun sürdüğünde, bu hastaların dokunma gereksinimleri karşılanamamış olacaktır. Laterjik, stupor, yarıkoma ve komada olan hastaların dokunmaya ihtiyaçları daha fazladır; çünkü bunların iletişim tarzları bilinç düzeyinin değişimiyle sınırlanır. Bunlarda tedavi edici değeri yüksek olan dokunma, iletişimin iki yönlü bir yolu olabilir. Bu hastalarda dokunmanın kullanılması ilgi ve destek mesajlarını taşıyabilir ve onların çevreyle anlamlı temaslarını sağlayabilir. Dokunma aracılığı ile taşınan rahatlık ve güven mesajları bu hastalar için çok anlamlı olabilir.<sup>[3-5]</sup>

İletişim sorunları da yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireye güçlükler yaşatır. Entübe hastalar, trakeostomisi olan hastalar veya hastalığı nedeniyle sözel iletişim kuramayan kişiler iletişim açısından yoğun bakım hemşiresini zorlayan hastalardır. Belirtilen bu hasta gruplarının anlamlı iletişime olan gereksinimleri artmıştır.<sup>[7,16]</sup>

Kriz yaşayan bireylerin başkalarının yakınlık, destek ve açık iletişimine olan gereksinimi artmaktadır. Bu nedenle kriz yaşayan hastaların destekleyici dokunmaya olan gereksinimleri karşılanmalıdır.<sup>[5,15]</sup>

(vi) *Teknolojik araç-gereçler*– Kritik bakım ünitelerinde büyük ölçüde teknolojik araç-gereç kullanılmaktadır. Yüksek teknoloji, yoğun bakım ünitelerinde duyarsızlaşmanın artmasına neden olan faktörlerdendir. Hastalar, tüpler, kablolar, bilgisayarlar gibi teknolojik araç-gereçler arasında kendini çok anlamsız ve görünmez hissedebilirler. Bu hastalar korku, kaygı ve teknolojik araç-gerecin bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde saygı ve değer mesajları veren dokunmaya daha çok gereksinim duyarlar.<sup>[5,6,8]</sup>

Yoğun bakım ünitelerindeki stresli olaylar her zaman psikolojik krizlere neden olmaz. Ancak hasta korku, anksiyete veya kontrol kaybı yaşamaya başladığında destekleyici bir iletişime olan ihtiyacı artacaktır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yemek yeme, pozisyon değiştirme gibi basit rutin aktiviteleri bile yapamadıkları unutulmamalıdır. Bu durum hastaların özsaygılarını tehdit edebilir. Bu nedenle hemşire anlayış, yakınlık ve ilgi mesajları taşıyan dokunmayı kullanarak hastayı rahatlatmalıdır. Prognozu kötüye giden hastalar, çaresizlik ve umutsuzluk yaşarlar. Bu hastalarda, depresyon, iletişimsizlik, apatik görünme ve ağlama gibi tepkiler ortaya çıkabilir. Hastaların kriz yaşadıkları bu dönemde kendilerini yalnız hissetmeleri umutsuzluklarını daha çok artırabilir. Bu dönemleri yaşayan hastalar destekleyici dokunmaya çok açıktırlar.<sup>[5,9,15]</sup>

(vi) *Yoğun bakım ünitesi psikozu*– Kritik bakım ünitelerindeki çevresel faktörler bireysel streslerle birleşince hastalarda psikoz, konfüzyon ve huzursuzluk gibi tepkiler ortaya çıkar. Rahat bir uyku uyumama, beslenme durumunun değişmesi ve kullanılan ilaçlar hastalarda psikolojik dengesizliklere neden olabilir. Dikkatli ve planlı bir hemşirelik yaklaşımı hastanın bu olaylarla baş etmesine yardım edebilir.<sup>[7,8]</sup>

Dokunmanın hasta tarafından başlatılması, hastanın başka insanların ona dokunması isteğini belirten ipuçları olabilir. Hemşirenin elini, kolunu tutan hasta yakınlık ve dokunmaya olan gereksiniminin işaretini verebilir.<sup>[7]</sup>

(vii) *Duyuların normal olması*– Beş duyu organının sağlıklı olarak kullanımı ve duyusal girdilerin yeterli miktar ve nitelikte olması bireylerin anksiyete, kriz ve içinde buldukları çevrenin olumsuz etkileriyle baş edebilme yeteneğini artırır.<sup>[5,8,17]</sup>



Kritik hastalıklar, kritik bakım alanları duyuşsal girdileri ve onlardan yararlanmayı bozar. Hemşire hastanın duyuşsal girdileri kullanmasını artırabilir. Hastanın davranışlarını dikkatle izlemek, bu dengeyi sağlamada ilk adımdır. Saygı, güven dolu ve destekleyici bir etkileşim anlamlı bir yaklaşım için ikinci adımı oluşturur. Hemşirenin hastanın dokunmaya karşı tepkilerini izlemesi ise üçüncü adımdır.<sup>[7]</sup>

(viii) *Hastanın davranışsal ipuçları vermesi*—Hastanın dokunmaya ilişkin davranışsal ipuçları vermesi, hastanın bilinç altındaki bir olayını yansıtabilir. Hastanın yüz ifadesi, göz teması, sözel ifadesi, dokunması ve hemşireyi yanına sık çağırması hastanın duyduğu yakınlık gereksinimini ifade edebilir.<sup>[2,7,9]</sup>

### KAYNAKLAR

1. Aştı N. Terapotik dokunma ve hemşirelik bakımındaki rolü. Hemşirelik Bülteni 1987;8:1-6.
2. Chauhan G, Long A. Communication is the essence of nursing care. 1: Breaking bad news. Br J Nurs 2000;9:931-8.
3. Davidhizar R, Shearer R. A touch of care. Nurs Manag (Harrow) 1998;5:28-31.
4. Ekizler H. Hastaya uygulanan dokunsal temasın hastanın bakımındaki önemi. Hemşirelik Bülteni 1987;8:63-8.
5. Morse JM, Intrieri RC. 'Talk to me' patient communication in a long-term care facility. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1997;35:34-9.
6. Castledine G. The NHS is losing its personal touch with clients. Br J Nurs 1999;8:1114.
7. Hudak CM, Gallo BM, Benz JJ. Critical care nursing—A holistic approach. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.; 1990.
8. Moral AR. Yoğun bakım hastalarının psikiyatrik sorunları. In: Şahinoğlu AH, editör. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 1. baskı. Ankara: Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Yayınevi; 1992. s. 821-6.
9. Chauhan G, Long A. Communication is the essence of nursing care. 2: Ethical foundations. Br J Nurs 2000;9:979-84.
10. Gagne D, Toye RC. The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety. Arch Psychiatr Nurs 1994;8:184-9.
11. Mackey RB. Complementary modalities. Part 1. Discover the healing power of therapeutic touch. Am J Nurs 1995;95:26-32; quiz 32-3.
12. Solimine ME, Hoeman S. Spirituality: a rehabilitation perspective. In: Hoeman S, editor. Rehabilitation nursing. 2nd ed. New Jersey: Mosby; 1996. p. 628-43.
13. The therapeutic touch network (Ontario). 2001. <http://www.therapeutic-touch.netwk.com/information/html>.
14. Tovar MK, Cassmayer VL. Dokunma, cerrahi hastasında dokunmanın etkileri. Çev: Şelimen D. Hemşirelik Bülteni 1991;21:31-7.
15. Davies P. Non-verbal communication with patients. Br J Nurs 1994;3:220-3.
16. Hayes J, Cox C. The experience of therapeutic touch from a nursing perspective. Br J Nurs 1999;8:1249-54.
17. Potter PA, Perry AG (editors). Fundamentals of nursing. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Year Book; 1989.

## Total Parenteral Beslenme

### Total Parenteral Nutrition

#### Hülya ÜSTÜNDAĞ

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):41-43*

Total parenteral beslenme (hiperalimentasyon), besinlerin gastrointestinal yoldan alınmasının mümkün olmadığı ya da alınmaması gerektiği durumlarda hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Hastanın beslenme gereksinimi dikkatli belirlenmeli ve uygun total parenteral beslenme programı uygulanmalıdır. Hastanın beslenme durumu medikal ya da cerrahi tedavinin başarısını büyük ölçüde etkiler.

**Anahtar Sözcükler:** Parenteral beslenme, total/hemşirelik.

Total parenteral nutrition or hyperalimentation is an intravenous technique used to provide the nutritional needs of the patient who cannot or should not digest or absorb nutrients via the gastrointestinal tract. The patients' nutritional requirements should be carefully evaluated and an appropriate formula should be used for nutritional support. The nutritional status of the patient largely affects the success of medical or surgical treatment.

**Key Words:** Parenteral nutrition, total/methods/nursing.

Total parenteral beslenme, karbonhidrat, aminoasit, yağ emilsiyonları, elektrolit ve vitamin içeren hiperosmolar solüsyonların santral bir vene yerleştirilen kateter aracılığıyla sürekli infüzyon biçiminde uygulanmasıdır.

Gastrointestinal traktüsün beslenme için uygun olmadığı durumlarda, iki hafta veya daha fazla süre ağızdan veya gastrointestinal yoldan gıda alamayacak olan veya protein kalori malnütrisyonu bulunan hastalara uygulanır.<sup>[1-6]</sup>

#### Total Parenteral Beslenme Endikasyonları

- Gastrointestinal fistüller
- Uzun sürmüş intestinal obstrüksiyon
- Ciddi karın ve toraks boşluğu enfeksiyonları
- Ağır travma, yanıklar

- Kısa bağırsak sendromu, malabsorbsiyon
- Enflamatuar barsak hastalıkları (Crohn hastalığı, ülseratif kolit)
- Üremi, gastrik kanserler
- Uzun süre kemoterapi ve radyoterapi alan hastalar
- Anoreksiya nervosa
- Beslenme bozukluğu içindeki hastaların ameliyata hazırlanması

Parenteral beslenme solüsyonlarında aminoasitler, gliserol, yağ, dekstroz, vitaminler, elektrolitler ve su bulunur. Aminoasit solüsyonları parenteral beslenmenin nitrojen kaynağıdır. Bu preparatların çoğu gerekli olan elektrolitleri içerir. Piyasada konsantrasyonları aminoasit profilleri, osmolariteleri, elektrolit bileşimleri bakımından farklı aminoasit solüsyonları bulunmaktadır.

(Üstündağ, Öğr. Gör.) İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu.

İletişim adresi: Hülya Üstündağ, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Demirkapı Cad. Karabal Sok. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Bahçeçi, 34740 Bakırköy - İstanbul.

Tel: 0212 - 660 11 25 Faks: 0212 - 570 28 76.

Hastaların kalori ve azot gereksinimleri belirli bazı faktörler göz önüne alınarak düzenlenmelidir. Hastanın kilosu, günlük bazal gereksinimleri ve malnütrisyonun derecesi belirlenerek total parenteral beslenme programı hazırlanmalıdır. Total parenteral beslenme uygulanan hastaların hiperkatabolik olmaları nedeniyle mümkün olduğunca fazla kalori verilmesinin nitrojen dengesini en iyi şekilde düzelttiği görüşü yaygındır. Bu nedenle, günde 32-35 Kcal/kg en fazla 40 Kcal/kg tavsiye edilmektedir. Hazırlanan aminoasit-dekstroz solüsyonu ve lipid emülsiyonu bir Y-konnektör vasıtasıyla aynı anda verilebildiği gibi, lipid dahil tüm solüsyonlar üç litrelik torbalarda karıştırılarak da verilebilir.<sup>[3]</sup>

Total parenteral beslenmede hipertonic solüsyonlar uygulandığı için santral venler kullanılır. En yaygın subklavian venin çocuklarda jugular ven aracılığıyla vena cava superior olduğu vurgulanmaktadır Kateter takıldıktan sonra yeri radyolojik olarak kontrol edilmelidir.<sup>[1,4]</sup>

### Hastanın İzlenmesi

İyi bir gözlem, hasta kayıtlarının eksiksiz tutulması, izlenmesi gereken parametrelerin takibinin iyi yapılması, programın tam olarak uygulanması total parenteral beslenmenin amacına ulaşmasını sağlar. Total parenteral beslenmede glukoz yüküne karşı insülin salınmasına fırsat vermek amacıyla solüsyonlar yavaş yavaş artırılmalı, 2-3 gün içinde istenilen doza ulaştırılmalıdır. Kateterin yerinden çıkma olasılığı, enfeksiyon ve emboli riskini artırdığı için kateter ilaç uygulamak, kan almak amacıyla kesinlikle kullanılmamalıdır. Kateter steril bir pansuman ile kapatılmış olmalıdır. Solüsyonlar infüzyon pompası ile damla sayısı hesaplanarak sürekli sabit bir hızda verilmeli, takibi yapılarak kaydedilmelidir.<sup>[1,4]</sup>

Kilo artışı, serum proteinlerinin düzelmesi ve pozitif nitrojen dengesi başarılı bir uygulamanın göstergesidir. Hasta hergün aynı saatte aynı giysilerle, aynı tartı ile tartılmalı ve kayıt tutulmalıdır. Enfeksiyon açısından sürekli gözlem ve takip edilmelidir. İnfüzyon seti 24 saatte bir değiştirilmeli, kateterin giriş yeri antiseptik bir solüsyonla temizlenerek steril şartlarda pansumanla kapatılmalı, düzenli olarak kültür alınmalıdır.

Total parenteral beslenmede hızlı başlama hiperglisemiye; tedaviyi ani kesme yüksek serum insülin düzeyi nedeniyle hipoglisemiye ne-

den olur. Total parenteral beslenme uygulamasında, tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve sonrasında Total Parenteral Beslenme İzleme Protokolü takip edilmelidir.<sup>[2,3,5,6]</sup>

### Total Parenteral Beslenmede İzleme Protokolü

#### 1. Beslenme başlamadan önce

- Tam kan sayımı
- Serum elektrolitleri
- Serum demiri ve bağlama kapasitesi
- SGOT, SGPT, alkali fosfataz, bilirubin
- Protrombin zamanı
- Açlık kan şekeri
- BUN, kreatinin, ürik asit
- Total protein, albümin
- Kolesterol, trigliserid
- Tam idrar
- Toraks grafisi
- EKG

#### 2. İlk gün 6-8 saat sonra kan şekeri ölçümü

#### 3. Beş-yedi gün içinde

- Altı saatte bir idrar şekeri
- Günde bir kez kan şekeri
- Serum elektrolitleri
- Alınan çıkarılan sıvıların takibi
- Kilo takibi

#### 4. Stabilize olduktan sonra

- Hergün: Kilo takibi, alınan çıkarılan sıvıların takibi, elektrolit takibi.
- Haftada bir: Trombosit, protrombin zamanı, BUN, kreatinin, kalsiyum, fosfor takibi.
- Ayda bir: Başlamadan önceki tüm tetkiklerin tekrarı.

### Total Parenteral Beslenme Komplikasyonları

Kateterle ilgili komplikasyonlar arasında pnömotoraks, hemotoraks, hidrotoraks, pleksus brakialisin a. subklavia, a. karotisin yaralanmaları; kateterin sağ atrium ya da ventriküle girmesine bağlı aritmi; yağ embolisi, hava embolisi, trakea perforasyonu, v. subklavia trombozu, arteriovenöz fistül gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Total parenteral beslenmede kateterle ilgili en ciddi komplikasyon sepsistir. Enfeksiyon ve sepsis sıklığı %2-30 arasında değişmektedir.<sup>[3]</sup> Enfeksiyondan en sık *Staphylococcus au-*

*reus'* un sorumlu olduğu bildirilmiştir. Bu da enfeksiyonun dış kaynaklı olduğunu göstermektedir. Enfeksiyonun önlenmesi için uygulamada cerrahi aseptik tekniğin kullanılması, bu uygulama için özel bir yerin ayrılması; total parenteral beslenme şişesinin kullanım öncesi makroskobik kontrolünün yapılması, her 24 saatte bir şişe, filtre ve setin kesinlikle değiştirilmesi; kate-terin giriş yerinin dikkatli bir biçimde antiseptik solüsyonla silinerek steril pansumanla kapatılması gerekir. Aseptik şartlara tam olarak uyulmasına rağmen enfeksiyon ya da sepsis meydana gelebilir. Böyle durumlarda kateter derhal çıkarılmalı, hasta değerlendirildikten ve bir süre tedaviye ara verildikten sonra total parenteral beslenme diğer taraftan uygulanmalıdır.<sup>[1-3,5,6]</sup>

Metabolik komplikasyonların başında hiperosmolar dehidratasyon gelir. Glukoz eğer hızlı verilirse yeterince metabolize edilemez, glukozüriyle beraber osmotik diürez başlar. Böylece dehidratasyon meydana gelir. Hiperosmolarite oluşmuşsa sıvı verilir, glukozu hücre içine sokmak için insülin uygulanır. Ciddi bir komplikasyondur; koma ve ölüm görülebilir. İdrar yoğunluğu, idrar şekeri ölçümleri sık aralarla yapılmalıdır.<sup>[2,3]</sup>

Dışarıdan insülin verilen hastalarda hipoglisemi oluşabilir; hasta hipoglisemi açısından takip edilmelidir.

Karaciğer yetmezliği olan hastalar bu solüsyonların aminoasid profiline hassastırlar. Bu tür hastalar için özel olarak hazırlanan ve yan zin-

cirli aminoasitler yönünden zengin özel total parenteral beslenme solüsyonu Hepatamin kullanılmaktadır. Yan zincirli aminoasitler karaciğer protein sentezini düzenler. Ayrıca böbrek yetmezliği olanlara NephAmine pediatrik olarak da TrophAmine solüsyonları ticari olarak hazırlanmıştır.<sup>[1,3]</sup>

Eser element, vitamin ve elektrolitlerin az ya da fazla verilmesine bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Kullanılan solüsyonlarda yeterli fosfat bulunmaması, fistül ve intestinal malabsorbsiyon sonucu çinko ve bakır yetersizliği oluşabilir. Eksik olan elementlerin yerine konması bunlara yönelik komplikasyonları da önleyici olacaktır.

Total parenteral beslenmenin uygulanması ve yaygınlaştırılması hastaların genel durumlarının düzelmesine, belirli hastalıklarla baş edebilmelerine, sağlıklarına kavuşmalarına ve sürdürmelerine olanak sağlamıştır.<sup>[1,3]</sup>

#### KAYNAKLAR

1. Aksoy G. Total parenteral beslenme. Hemşirelik Bülteni 1991;5:5-13.
2. Black JM, Jacobs EM (editors). Luckmann and Sorensen's medical surgical nursing. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.
3. Emre A. Genel cerrahi. In: Değerli Ü, editör. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1995.
4. Erdil F, Elbaş NÖ (editörler). Cerrahi hastalıkları hemşireliği, Ankara: Tasarım Ofset; 1999.
5. Harkness GA, Dincher JR (editors). Medical surgical nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1996.
6. Scherer JC, Timby BK. Medical surgical nursing. 9th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1995.

## Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu

### Nursing Attitude to Death

Fatma AY

*Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001;5(1):44-47*

Ölüm yaşamın son aşamasıdır. Yaşam döllenme ile başlar, ölümlle son bulur. Ölüm yalnızca doğal nedenlerden değil kaza ya da hastalıklar nedeniyle de oluşur. Ölen bir birey ve ailesi pek çok sorunla karşılaşır. Hemşireler ölmekte olan bireye fiziksel rahatlığı için yardım etmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Ölüme karşı tutum/hemşirelik; empati; hemşirelik bakımı; felsefe, tıbbi.

Dying is the final act of living. Life begins with conception only to reach an end. Dying occurs not only from natural causes but also from major accidents or diseases. The dying person and the family are faced with many problems. Nurses should help the dying person to increase his/her physical comfort.

**Key Words:** Attitude to death/nursing; empathy; nursing care; philosophy, medical.

Thanatas Yunan mitolojisinde ölüm tanrısıdır. Gece'nin oğlu ve uyku tanrısı Hypnos'un kardeşidir. Kardeşi ile birlikte Hades'in Ölüler Diyarı'nda yaşar.

Ölmek, yaşamın son aşamasıdır; bir çeşit uyku halidir. Bir doğum olayı, nasıl ki yaşamın başladığını gösteriyorsa, ölüm de yaşamın sona erdiğini gösterir. Ancak günlük yaşamın hareketi içinde ölüm unutulur. Yaşamımızda kesin olan tek şey, bir gün öleceğimizdir. Fakat nasıl, nerede, ne zaman ve niçin öleceğimiz konusunda hiçbir kesinlik yoktur.<sup>[1-4]</sup>

*"Her yerde ölüm var; tanrı bol bol veriyor onu; Herkes herkesin hayatını alabilir, ama ölümü Alnamaz kimseden: Binlerce kapısı var ölümün."* (Seneca)<sup>[5]</sup>

*"Boşuna bilmek istiyorsunuz, ölümlüler, Ölüm saatinizin ne zaman, ne yoldan geleceğini."* (Propertius)<sup>[5]</sup>

Bir zamanlar, üstat Dzi-lu, Konfüçyus'a ölümlü sormuş. *"Hayat hakkında henüz hiçbir şey bilmiyoruz; ölüm hakkında nasıl birşey bilebiliriz...."* diye cevaplamış Konfüçyus. Yaşam varsa ölüm de vardır. Yaşam ise ölüme doğru bir gidiştir.<sup>[6]</sup>

Ölüm, tüm canlıların paylaştığı evrensel bir olaydır. Tarihsel gelişim içinde ölümlle ilgili farklı düşünceler geliştirilmiştir. Eski Mısır düşüncesinde ölümden sonraki yaşama inanılmış, bu nedenle ölümler en kıymetli, en sevdiği eşyaları ile gömülmüştür. Epikurus ise, *"... yaşadığımız sürece ölüm yoktur; ölüm geldiğinde de artık biz yokuz."* diyerek düşüncesini belirtmiştir. Hinduizm için ölüm, ruhun bir varlıktan diğerine geçtiğini gösteren bir aşamadan ibarettir.<sup>[4,7]</sup>

McCarthy, 1980 yılında ölümlü, şu şekilde tanımlamıştır: *"Sadece büyüme sürecinin sonu değil, eğlence, düşünce, kendinden geçme, başarı ve çalışmanın da sonudur."* Ölümün tüm tanımları aslin-



da yaşamı anlatır; geçmiş ve bilinen bir duruma dayanır. Tıbbi açıdan ise ölüm tanımları sürekli değişmiştir. Amerikan Tıp Derneği'nin kabul ettiği tanım ise, "Ölüm, dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşü olmaksızın kaybolmasıdır".<sup>[1,3,4,7]</sup>

Hekimlerin kesin ölüm tanısını koymasını sağlayan kriterler şunlardır:<sup>[1-3]</sup>

- Pupilla dilatasyonu,
- Kalp atışlarının durması,
- Korneal ve vestibülo-oküler reflekslerin kaybolması,
- Beyin sinirlerinin harabiyeti sonucu uyarılara cevabın kaybolması,
- Trakeaya katater takılacağı zaman bronşial uyarılara cevap alınmaması,
- Ventilatör cihazıyla hastanın bağlantısı kesildiğinde spontan solunumun durması.

### Ölüm ve Ölmek

Ölümlerle ne zaman karşılaşılacağına bilinmemesi, bireylerde ifade edilmesi zor duygulara neden olur. Çoğu zaman ölüme hazırlanma daha fazla acı vermektedir. Ölüme karşı bireyin tepkileri, Kübler-Ross tarafından tanımlanmıştır (Tablo I).<sup>[3,8]</sup>

### İyi Ölüm Beklentisi

Doğal nedenlerden dolayı ani olarak ölmek, yaşlılıktan dolayı ölmek ve saygınlığını kaybetmeden ölmek, birçok insan tarafından "iyi ölüm" olarak adlandırılır. Bu ölümler, ani bir koroner rahatsızlıktan, büyük kazalardan dolayı meydana gelebilir. Fakat kronik hastalıklarda eğer prognoz kötüyse ölüm sürecine ulaşmak aylar alır.<sup>[1,2]</sup>

Ölümün doğasını tartışmak, üzüntü ve yoksunluk duygusunu kontrol etmek oldukça güçtür. Üzüntü ve yoksunluk duygusu yaşamla olduğu kadar ölümlerle de yakından ilişkilidir. Ölümü bekleyen, üzüntü ve yoksunluk yaşayan bireyle yaşamın kısa bir anını birlikte geçiren hemşire acaba ne hisseder? Ölümle birçok kez karşılaşmak, bu duygulara alışmak anlamına gelmez. Hem hastanın hem de ailenin üzüntü ve yoksunluk duygularını anlayarak, empati kurarak yardım etmek hemşirenin sorumluluğudur. En zor olan ise bunu başarabilmektir.

Her birey, yaşam ve ölüm konularında kişisel inançlara sahiptir. Ölüm kavramını birey, ai-

le ve sağlık personelinin sosyokültürel, psikolojik durumu etkiler. Hastanın kültürel yapısını bilecek verilen hemşirelik bakımının daha etkili ve doyum verici olduğu belirtilmiştir.<sup>[9]</sup>

Ölüme karşı tepkileri etkileyen faktörler aşağıda özetlenmiştir:<sup>[1]</sup>

#### Fiziksel faktörler

- 1- Ölüme yol açan terminal hastalıklar
- 2- Ölüm tanısı
- 3- Yaşamsal aktivitelere fiziksel etkisi
- 4- Aile ve arkadaşlarına ölümün yaptığı fiziksel etki

#### Psikolojik faktörler

- 1- Kişilik ve huy
- 2- Ölümle ilgili korku ve endişeler
- 3- Yaklaşan ölümün farkında olmak
- 4- Yakınların prognozu bilip bilmemesinin önemi
- 5- Yakınların ölen bireye davranışları
- 6- Yoksunluk duygusunun aile ve arkadaşlara etkileri

#### Sosyo-kültürel faktörler

- 1- Geçmişteki hayat tecrübesi
- 2- Ölümle ilgili kişisel inançlar
- 3- Din, kültürel dini törenler,

#### Çevresel faktörler

- 1- Ev, hastane veya hospice seçimi
- 2- Ailenin yeniden alışmak zorunda olduğu yeni çevresi

#### Politik-ekonomik faktörler

- 1- Ev, aile, finans durumu
- 2- Ekonominin ölüm sebeplerine ve hayattaki beklentilere etkisi
- 3- Sağlığın elde edilmesi, ölüm ve yakını ölenler için kurulan kurumların desteklenmesi.

Üzüntü ve yoksunluk duygusu, yas tutmanın evrensel reaksiyonu olmasına rağmen, başka reaksiyonlar da doğurur. Şok, inanamama, kızgınlık, reddetme, utanma, suçluluk, küsme, anksiyete, korku, depresyon, mutsuzluk gibi duygular, üzüntü süreci boyunca değişen düşüncelerde ve değişik zamanlarda ortaya çıkan diğer duygusal reaksiyonlardır. Hastanede, yakınlarını yalnızca belirli gün ve saatlerde gören hasta, yanında hiç kimse olmadan öleceğini düşünerek daha çok acı çeker. Bu dönemde

**TABLO I**  
**Ölümü yaklaşan bireyin tepkileri**

Tepkiler	Birey/ailenin tepkileri	Hemşirenin tepkileri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İnkâr (Yadsıma) (Reddetme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerçeği kabul etmek istemez.</li> <li>• İlk tepki "bir yanlışlık olmalı, bu doğru değil" şeklindedir.</li> <li>• Tanının hatalı olduğunu ya da tahlil sonuçlarının karıştığını düşünür.</li> <li>• Tanının yanlış olabileceği ümidi ile doktor doktor dolaşır, tetkikleri yeniden yaptırır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İnkâr, beklenmedik bir haberden sonra hastanın diğer savunma mekanizmalarını harekete geçirmek için tampon görevi görür.</li> <li>• Hasta ile ölüm üzerine konuşmak ancak bu durumla yüzleşmeye hazır olduğunda mümkündür.</li> <li>• Hasta ölüm ya da ölüm sonrası hakkında konuşmaya başladığı zaman artık yadsımayı kullanmıyor ve ya geçici olarak durumu kabul etmiştir. Bu duygularını paylaşırken söyledikleriyle çelişecek şekilde konuyu değiştirebilir. Hemşire bu ipucunu yakalayıp, daha mutlu konulardan bahsetmelidir.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öfke (Kızgınlık)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neden ben? sorusunu sorar.</li> <li>• Daha yapması gereken çok şey varken, ölmeyi haksızlık olarak görür.</li> <li>• Yakın çevredeki herkes öfkeden payını alır.</li> <li>• Sağlıklı insanlara öfke duyar.</li> <li>• Öfke patlamaları sonrası, suçluluk, utanç ve gözyaşı da görülebilir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık personeli açısından başatması güç bir aşamadır.</li> <li>• Hasta ve ailesi öfkeyi, herkese ve her alana yöneltebilir.</li> <li>• Bu aşamada hemşire empati kurarak, umulmadık bir anda yaşama veda etmek zorunda kalan bireyi ve ailesini anlamalıdır.</li> <li>• Hastanın/ailenin sürekli şikayetçi olması, isteklerde bulunması aslında bir yardım çağrısıdır.</li> <li>• Önemsendiğini ve anlaşıldığını hissetmek öfke duygusunu azaltabilir.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazarlık</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ölümü erteleme çabaları içindedirler.</li> <li>• Geçmiş yaşantılarındaki iyi davranışlarından dolayı ödüllendirilme</li> <li>• Tanıyla aralarında gizli bir anlaşma yaparlar. Sevdikleri kişileri son bir kez görüp ölmek ya da kendilerine bahşedilecek fazladan bir günü tanrıya adayacaklarına söz verirler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tanrıyla gizli bir pazarlığa girer ve günahkarlık duygusu hissedebilir. Hemşire bu suçluluk duygusunu arttıracak tavırlarda bulunmamalı, eleştirmemelidir.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresyon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semptomlar artıp, kendilerini güçsüz hissettiklerinde durumun gerçekliğini anlamaya başlarlar.</li> <li>• Kaçırılan fırsatlar, başarısızlıklar üzüntüyü artırır.</li> <li>• Birey artık "evet ben" demektedir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta ve ailesi sevdiklerini kaybetmek, onlardan ayrılmak üzeredir. Bu sıkıntılarını ve üzüntülerini ifade etmeleri sağlanırsa durumu daha rahat kabulelenebilirler.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabul etme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birey durumunu kabullenmiş, sakinleşmiştir.</li> <li>• Kaderi konusunda üzgün ya da kızgın olmadığı bir döneme girmiştir.</li> <li>• Kendisini yorgun ve zayıf düşmüş hissederek.</li> <li>• Çevreye olan ilgisi azalmıştır.</li> <li>• Yalnız kalmayı tercih eder.</li> <li>• Sözel olmayan iletişim tercih edilir. Sessizce geçirilen anlar oldukça anlamlıdır.</li> <li>• Dine eğilim artmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık personeli hasta ve ailesinin düşünce ve tutumlarını sonuna kadar desteklemelidir.</li> <li>• Hasta ve ailenin daha çok yardım ve desteğe ihtiyacı vardır.</li> </ul>

hemşirenin ilgi ve bakımına daha çok ihtiyaç duyar.<sup>[1,8,10]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde gelişmiş teknolojinin olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de ortaya çıkmaktadır. Zamanla yapılan her işlem mekanik bir hal almakta, hasta-hemşire etkileşiminde arada hep bir alet yer almaktadır.

Ölmekte olan bir insan aynı zamanda yaşayan bir insandır ve kalan her gün için yaşamı önemlidir.<sup>[1]</sup> Ancak yaklaşan ölümle birlikte bireyde güçsüzlük ve isteksizlik gözlenebilir. Güçsüzlük, fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamama, özgüvende ve özsaygıda azalmaya neden olabilir. Hemşire, saptadığı ihtiyaçlar doğrultusunda bakım verirken, hasta ile işbirliği yapmasa da yaptığı işlemi anlatarak ona duyduğu saygıyı göstermelidir.

Ölüme gösterilen kişisel reaksiyon, o kişinin inançlarına, yaşam şekline ve kişiliğine göre değişir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda ne eğitim, ne zeka düzeyi, ne de ölüyle yakınlık derecesi, anksiyete ve yaşın, ölüm korkusunu direkt olarak etkilemediği belirlenmiştir.<sup>[1]</sup>

### Ölmekte Olan Hastanın Hemşire ile İlişkisi

Hastayı ve ailesini gözlerken, konuşup sohbet ederken, hemşire aşağıdaki soruların cevaplarını bulmaya çalışmalıdır.<sup>[1,11]</sup>

- Kişi ne zaman kendini ölmeye tam olarak hazır hisseder?
- Bireyin ölümüne hangi faktörler etki eder?
- Prognozunu bilen birey ne yapar?
- Bireylerin ölüm ve ölmek kavramıyla ilgili inanışları nelerdir?
- Ölümün birey üzerinde yarattığı üzüntüler ve problemler nelerdir?
- Ailede ölümü etkileyen faktörler nelerdir ve bunlar kişiyi nasıl etkiler?
- Ölüm meydana geldiğinde ölenin ailesi ve akrabaları hemşireden ne bekler?
- Eğer hasta, bir organ donör kartına sahipse, aile bundan haberdar mı ve bu konudaki düşünceleri nedir?
- Ailedeki yoksunluk duygusunu hangi faktörler etkiler?

### Gerçeği Kabul Etmede Zorluk

Hemşirenin en stresli işlerinden biri, ölen kişinin yakınlarına durumu bildirmek ve bunu

yaparken mümkün olduğunca duyarlı olmasıdır. Her gün ölümle karşılaşan hemşire, bütün tedavi olanakları tükendiğinde, enerjisini hastayı ve ailesini teselli etmek, sakinleştirmek için kullanır. Hemşire, ailenin acısını azaltacak birşeyler yapmalıdır. Burada önemli olan, önceden bilinmeyen reaksiyonlara karşı hazırlıklı olmasıdır. Ailenin tepkisine karşı hemşire emosyonel olarak ölümden etkilenir; bununla birlikte, hemşire nazik ve sakin olmalıdır. Pek çok örnekte, ailenin ölüyü görmek istemesine izin verilebilir.<sup>[1,4]</sup>

Hemşire, genellikle ölen insan üzerine çevrilmiş olan dikkatin, geride kalanlara, yakınlarına çevrilmesini sağlar.

Bir insanı kaybettiğimiz ilk dönemler, çok acı vericidir ve bazen suçluluk duygusu hissedilir. Kişi, "ölümü acaba engelleyebilir miydim?" diye düşünür. Mahrum kalmak, hayatta en acı veren duygulardandır ve yaşamı büyük ölçüde etkiler.<sup>[1,3]</sup>

Hemşirenin yapabileceği en önemli yardım, mahrum kalan kişinin gerçekle yüzleşmesi ve emosyonel zorluklar karşısında işine devam etmesini sağlamasıdır.

Hemşirelik aktivitelerinin sağlığa yardımcı olacak şekilde düzenlenmesi ve her bireyin ayrı değerlendirilmesi gerekir. Bunun için de hemşirelerin bilgili, güçlü ve iradeli olması gerekir.<sup>[1]</sup>

### KAYNAKLAR

1. Roper N, Logan WW, Tierney AJ (editors). Element of nursing. 3th ed. New York: Churchill Livingstone; 1990.
2. Yurt V. Ölüm ve ölümcül hastanın bakımı. Ankara: GATA Basımevi; 1990.
3. Kübler-Ross E. Yaşamın son günleri. Çev: Terakye G. Ankara: Hürbilek Matbaacılık; 1992.
4. Thema Larousse. İstanbul: Milliyet Gazetecilik A.Ş.; 1994.
5. Eyuboğlu S. Montaigne Denemeler. İstanbul: Cem Yayınevi; 1989.
6. Eberhard W, Hızır N. Dünya edebiyatından seçmeler-Çin denemeleri. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 1992.
7. Erdal E. Hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar. İzmir: Dağışan Matbaacılık; 1995.
8. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. 6. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1996.
9. Marriner A. Nursing theorists and their work. St. Louis: Mosby; 1986.
10. Taylor C, Lillis C, LeMone P (editors). Fundamentals of nursing. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1993.
11. Terakye G. Hasta hemşire ilişkileri. 4. basım. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1995.