

# Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI  
(JOURNAL OF THE CRITICAL CARE NURSES SOCIETY - TURKEY)



Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi *Index Copernicus*'da indekslenmektedir / *Indexed in Index Copernicus*

YIL (YEAR) 11 CİLT (VOLUME) 11 SAYI (NUMBER) 1

---

HAZİRAN (JUNE) 2007

EKİNTelli Yayıncılık



Bu dergideki yazıların dergi standartlarına uygunluğunun kontrolü, dizimi, İngilizce özetlerin ve kaynakların kontrolü ve düzeltilmesi, derginin yayına hazır hale getirilmesi ve baskısı EKİN Tıbbi Yayıncılık tarafından gerçekleştirilmiştir.



Bu dergide kullanılan kağıt ISO 9706: 1994 standardına uygundur (Requirements for Permanence).

**Abonelik. Yıllık (2 sayı) abonelik ücreti 12.00.- YTL'dir.** Aboneliğin işlemeye başlaması için, ücretin YBHD T. C. Ziraat Bankası Şehremini Şubesi (İstanbul) Şube kodu: 866, Hesap no: 45115767-5001 no'lu hesaba yatırılması ve banka makbuzunun, ad, soyad, adres, kurum, telefon ve faks numaralarıyla birlikte EKİN Tıbbi Yayıncılık adresine gönderilmesi ya da faksla iletilmesi gerekir. **Dağıtım.** Kargo tesliminin mümkün olduğu her bölgeye, dağıtım kargo ile yapılmaktadır. Abonelere kargo ile gönderilen dergilerin dağıtım ücretini abone ödeyecektir.

# YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI  
JOURNAL OF THE CRITICAL CARE NURSES SOCIETY

ALTI AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED TWO TIMES A YEAR

Cilt 11, Sayı 1, Haziran 2007

ISSN 1302-0498

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

**Yoğun Bakım Hemşireleri  
Derneği Adına  
Sahibi**

(Owner on behalf of the  
Critical Care Nurses Society)

Meral Madenoğlu Kıvanç

**Yazı İşleri Müdürü**  
(Publishing Manager)

Berin İnal Tunalı

**Web**

www.ybhd.org.tr

**Yönetim Yeri Adresi**  
(Corresponding Address)

KVK Amerikan Hastanesi  
Güzelbahçe Sok., No: 20  
34300 Nişantaşı, İstanbul  
Telefon: 0212 - 311 20 00  
e-posta: info@ybhd.org.tr

Yayın Türü: Yaygın Süreli

**Yayıncı / Publisher**

Ekin Tıbbi Yayıncılık,  
Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,  
Osmanağa Mah.

Nüzhet Efendi Sok. No: 49/3  
34714 Kadıköy, İstanbul

Tel: 0216 - 337 70 73

Faks: 0216 - 345 71 30

e-posta: ekinegitim@superonline.com

Baskı: Ayhan Matbaası, 0212 - 629 01 65

Baskı tarihi: Kasım 2007

Baskı adedi: 600

**Editör (Editor)**

Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.  
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

**Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Review Board)**

Neriman Akyolcu, Prof. Dr.

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Fatma Eti Aslan, Doç. Dr.

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Kamerya Babadağ, Prof. Dr.

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Aysel Badır, Yrd. Doç. Dr.

Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

Sevim Çelik, Dr.

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

Aklime Dicle, Yrd. Doç. Dr.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Zeynep Dörtbudak, Yrd. Doç. Dr.

Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

Zehra Durna, Prof. Dr.

İstanbul

Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Feray Gökdoğan, Prof. Dr.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bolu

Gülay Görak, Prof. Dr.

İstanbul

Ayfer Karadakovan, Prof. Dr.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Meral Madenoğlu Kıvanç, Yrd. Doç. Dr.

İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

Sevgi Oktay, Prof. Dr.

İstanbul

Nermin Olgun, Doç. Dr.

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Çaylan Pektekin, Prof. Dr.

İstanbul

Necmiye Sabuncu, Prof. Dr.

İstanbul

Özge Uzun, Doç. Dr.

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya

Suzan Yıldız, Prof. Dr.

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Birsen Yürügen, Prof. Dr.

İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

# İÇİNDEKİLER

Editörden .....	v
Yazarlara Bilgi .....	vi
Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı .....	viii
<b>Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin belirlenmesi</b>	
<i>Determining the motivation levels of the nurses working at intensive care wards of Muğla and Menteşe State Hospitals</i>	
Mustafa Yıldız, Fatma Birgili.....	1
<b>Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi, iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin saptanması</b>	
<i>Determining the levels of life quality, job satisfaction and burnout of intensive care nurses</i>	
Nurgül Güngör, Nazmiye Çıray, Şirin Vatansever, Asiye Durmaz Akyol.....	10
<b>Nöroloji yoğun bakım ünitelerinde yatan inmeli hastalarda basınç ülserleri</b>	
<i>Pressure ulcers in stroke patients in neurological intensive care units</i>	
Mukadder Mollaoğlu.....	19
<b>Çocukluk çağında kardiyolojik invaziv girişimler ve hemşirelik bakımı</b>	
<i>Invasive cardilogic procedures during childhood and nursing</i>	
Semra Çelik, Cenap Zeybek.....	28
<b>Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim</b>	
<i>Communication between members of health care team, the patients and their relatives in intensive care units</i>	
Leman Kutlu .....	35
<b>Yoğun bakım ünitesinde liyezon hemşireliği</b>	
<i>Liaison nursing in intensive care unit</i>	
Nazmiye Kocaman.....	42
<b>Kalp hastalarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu</b>	
<i>Mental problems in cardiac patients and psychosocial aspects of care</i>	
Leyla Küçük .....	48
III. Ulusal yoğun bakım hemşireleri kongresi hakkında .....	52

## EDİTÖRDEN .....

Değerli Okurlar,

Bize iletilen yayınlar üzerinde titizlikle çalışarak dergimizin 2007 yılı ilk sayısını yayına hazırladık. Öncelikle, kendilerine ulaştırılan yazıları zaman ve emek harcayarak özenle inceleyen değerli danışma kurulu üyelerine ve hocalarımıza, dergimizi yazılarıyla destekleyen yazarlarımıza, dergideki yayınların dergi standartlarına uygunluğunu kontrol eden, dizgisini yaparak yayına hazır hale getiren Ekin Tıbbi Yayıncılık'a, derginin basılması konusunda bizleri destekleyen Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı değerli yöneticilerine teşekkür ediyoruz.

Bu sayımızda kalp hastalarında ortaya çıkan ruhsal sorunlara, bu sorunların çözümlenmesinde sağlık ekibine, hasta ve yakınlarına yardımcı olabilecek liyezon hemşireliğine, bakımın psikososyal boyutuna, bu ünitelerdeki sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim konularına, yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi, işdoymu, tükenmişlik ve motivasyon düzeylerinin belirlenmesine, nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatan inmeli hastalarda basınç ülserlerine ve çocukluk çağında kardiyolojik invaziv girişimler ve hemşirelik bakımına ilişkin araştırma makaleleri ile derleme yazılarına yer verdik.

Geçen sayıdan bu yana dernek yönetim kurulu olarak, sizlerin desteği ve katılımlarınızla düzenlemiş olduğumuz çeşitli bilimsel etkinlikleri paylaşmak istiyoruz.

Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'nin üçüncüsünü 06-08 Nisan 2007 tarihinde Antalya'da gerçekleştirdik. Katılımlarınızla, yaptığımız bilimsel çalışmalarla kongremize vermiş olduğunuz desteklerden dolayı siz meslektaşlarımıza, konularında uzman konuşmacılara, kongremizi destekleyen sponsorlara teşekkür ederiz. Kongremizle ilgili ayrıntılı haberlere Yönetim Kurulu Başkanımızın bu sayıda çıkan yazısından ulaşabilirsiniz.

Bu etkinliklerimizi sürdürürken, hepimizin bildiği gibi Türk Hemşireler Derneği tarafından yürütülen Hemşirelik Kanunu'yla ilgili çalışmalar hızlandırılarak 6283 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2 Mayıs 2007 gün ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlandı ve bu çalışmalar sonucunda kanunu destekleyici yönetmelik çalışmalarının yapılması gerekliliği ortaya çıktı. Böylelikle Özel dal hemşirelerinin görev tanımlarının hazırlanması ve bu dallarda çalışan hemşirelerin sertifikalandırılması konusundaki çalışmalara hız verildi. Bu gelişmeleri takiben, derneğimiz görev tanımları hazırlama komisyonu oluşturularak, yoğun bakımda görev yapan hemşire, servis sorumlu hemşiresi ve eğitim hemşiresinin görev tanımlarını hazırlamış ve 20.08.2007 tarihinden itibaren sizlerden geribildirim almak amacıyla web sitemizde yayınlamış bulunmaktadır. Görev tanımları ve sertifikalandırma ile ilgili tüm çalışmaları Sağlık Bakanlığı ve Türk Hemşireler Derneği ile koordinasyon ve işbirliği içinde yürütmekteyiz. Hemşirelik Kanunu ile ilgili son gelişmeler genelde hemşirelik, özelde yoğun bakım hemşireliği adına önemli kazanımlardır. Bu anlamda Hemşirelik Kanununun çıkması konusunda yıllarca aynı kararlılık ve özveri ile çalışan Türk Hemşireler Derneği'nin değerli yönetim kurulu üyelerine teşekkürü bir borç biliriz.

Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu'nun (EfCCNa) üç aşamalı olarak yapmayı planladığı Delphi çalışmasına dernek olarak 20 üye ülke ile birlikte katıldık. Bu çalışmanın birinci aşamasında dernekten iki, yoğun bakım ünitelerinden iki ve akademik çevreden iki üye olmak üzere toplam altı üye temsilci olarak belirlenmiş bulunmaktadır. Derneğimiz bünyesinde oluşturulan bu altı üyelik çalışma grubu Avrupa yoğun bakım hemşireliğiyle ilgili öncelikle üzerinde çalışılması gereken araştırma konularını belirleyerek Federasyona gönderdi. Bu konu ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Ayrıca, EfCCNa'nın 3. Kongresi ve 27. Anıartı Kongresi, 8-10 Ekim 2008 tarihlerinde İtalya'da yapılacaktır. EfCCNa'nın web sitesinden ([www.efccna2008.org](http://www.efccna2008.org)) ayrıntılı bilgi alabilirsiniz. Türk yoğun bakım hemşireliğinin uluslararası platformda bilimsel çalışmalarla temsil edilmesi olanağını sağladığı için bu duyuruya ilgi göstereceğinizi ümit ederek dergimizin bu sayısında EfCCNa'nın 3. Kongre duyurusuna yer verdik.

Hedefimiz dergimizi yılda üç sayı olarak yayınlamak ve Tübitak-Ulakbim Türk Tıp Dizini'ne kabul edilmektir. Ancak, sizlerden gelen yayın azlığı ve maddi kaynakların yetersizliğinden dolayı bu hedefe ulaşamamaktayız. Klinik ve eğitim alanında rol alan siz değerli meslektaşlarımızın yazılarıyla bizleri destekleyeceğine ve dergimize güç katacağına inancımız tamdır.

Dileğimiz yoğun bakım hemşireliğinin daha kaliteli yayınlar ve araştırmalar yapması ve bu bilimsel çalışma sonuçlarını sağlık hizmetine ve hasta bakımına yansmasıdır.

Saygılarımızla,

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün

## YAZARLARA BİLGİ

### KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin yayın organıdır. Yılda iki sayı yayınlanır. Yazı dili Türkçe'dir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayınlanabilir.

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma sonuçlarını içeren kısa bildirimleri, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini (izinli), çevirileri (izinli), uzmanlık tezlerinin özet ve sonuç bölümlerini, konferans, kongre ve toplantılarda sunulmuş, ancak tamamı yayınlanmamış bildirimleri, editöre mektupları ve bilimsel toplantı duyurularını yayınlar.

Herhangi bir yazının yayınlanması, dergi ve Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bu yazının görüşlerine katıldığı anlamına gelmez. Benzer şekilde, her tür ticari ürün veya hizmet tanıtım ve reklamın dergide yayınlanması, bu ürün veya hizmetlerin desteklendiğini göstermez.

Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

### COPYRIGHT VE YAZILARIN TESLİMİ

Bir yazının dergide yayınlanabilmesi için daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması gerekir. Gönderilen yazı daha önce sözlü olarak sunulmuş ise, bu durum, sunulduğu yer ve tarihiyle birlikte yazının başlık sayfasında belirtilmelidir.

Dergi yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış makaleler, tüm yazarlar tarafından imzalanmış, aşağıda örneği verilen üst yazı ile birlikte derginin yazışma adresine ulaştırılmalıdır. Üst yazı örneği aşağıda verilmiştir:

“Aşağıda imzası olan yazar/yazarlar ..... başlıklı makalenin ve ilgili şekillerin tüm telif haklarını makalenin dergiye gönderilmesinden itibaren *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*'ne devreder/devrederler. Makalenin orijinal olduğunu, başvuru anında başka bir dergi tarafından değerlendirilme durumunda olmadığını ve daha önce yayınlanmadığını, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*'nde yayımlandığı andan itibaren *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*'nden izinsiz çalışmayı başka bir dilde ya da yerde yayınlamayacaklarını garanti eder/ederler. Makalenin son şekli yazar/tüm yazarlar tarafından okunmuş ve onaylanmıştır.

Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden alıntı yapmak ya da dergide yayınlanmış herhangi bir malzemeyi kullanmak isteyen tıbbi dergilerin ve kitapların yazılı izin alması ve dergiyi kaynak olarak belirtmesi gerekir.

### YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

Gönderilen yazı dergiye ulaştıktan sonra, makale hazırlanış şekli açısından bir ön incelemeye alınır. Yazı teslim koşullarının yetersiz bulunması halinde, yazının

Danışma Kurulu incelemesine sunulmadan önce yazar(lar)dan bazı düzeltmelerin yapılması istenir. Şekil açısından uygun bulunan makaleler hakem değerlendirmesine sunulur. Hakemlerin değerlendirme sonucu yazara gönderilir. Kabul edilen yazıların dizgi aşamasında, yazılar editöryel düzeltmeye tabi tutulur. Editörler yazı biçiminde değişiklikler yapmak, yazarından izin alarak kısaltma yapmak yetkisine sahiptir. Yazılar, yayınlanmadan önce dergide görünür haliyle yazara ya da sorumlu yazara gönderilir ve onay alınır.

### YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazıların Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzuna uygun olarak hazırlanması, dilimize yerleşmiş yabancı terimlerin Türkçe yazım kurallarına göre kullanılması gerekir.

Yazılar standart A4 beyaz kağıda iki satır aralıklı olarak yazılmış şekilde iki örnek halinde ve bilgisayar disketiyle (PC-Windows ya da MAC) birlikte teslim edilmelidir. Grafik, fotoğraf ve şekiller de iki örnek olmalıdır. Sayfa kenarlarında 2.5 cm boşluk bırakılmalı ve her bir sayfa başlık sayfasından itibaren numaralandırılmalıdır. Başlık sayfası dışında, metnin basılı olduğu sayfalarda yazar adı kullanılmamalıdır. Araştırma, çalışma ve derlemeler 15 (kaynaklar, şekil ve tablo sayfaları dahil) sayfayı aşmamalıdır.

### YAZININ ORGANİZASYONU

Yazılar her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde başlık sayfası, özet, metin, teşekkür, kaynaklar, tablolar ve şekiller bölümlerini içerir.

**Başlık sayfası:** Başlık sayfasında sırasıyla yazının başlığı, yazarların açık ad ve soyadları, ünvanları, çalıştığı ya da araştırmanın yapıldığı kurumlar, yazışma yapılacak yazarın adresi, telefon, faksı, varsa e-posta adresi, varsa çalışmanın daha önce sunulmuş olduğu kongre bulunur. Birçok indeksleme sistemleri başlık ifadelerine dayandığından başlık dikkatle seçilmeli ve makale içeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır.

**Özet:** Amacı okuyuculara ve özet içeren tarama sistemlerine kolaylık sağlamaktır. Bu nedenle özet metni Türkçe ve İngilizce olarak ve özenle hazırlanmalıdır. İngilizce özetin başına makalenin İngilizce başlığının eklenmesi unutulmamalıdır. Her iki dildeki özet de 250 sözcük sınırını aşmamalıdır. Her türlü çalışma özetleri aşağıdaki dört başlıklandırma kullanılarak hazırlanmalıdır: Amaç (Objectives), Çalışma planı (Study Design), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Olgu ve derleme özetleri başlıklandırma olmaksızın tek bir paragraf halinde hazırlanmalıdır.

**Metin:** Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma bölümlerinden oluşur. İnceleme yazılarında bu başlıklandırma zorunlu değildir.

**Giriş** bölümü konuyu birkaç cümleyle tanımlamalı ve okuyucuya konu üzerinde yapılan en yeni çalışmaları tanıtmalıdır.

*Gereç ve Yöntem* bölümünde olgular üzerine açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç ve yöntemler belirtmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)i de bildirilmelidir.

*Bulgular* bölümü çalışmanın sonuçlarını vermelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekil içinde sunulmalıdır. Tabloların çok hacimli olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

*Tartışma* bölümünde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır.

İnceleme ve derleme yazılarında başlıklandırma ve bölümler yazarın uygun gördüğü şekilde yapılabilir.

## KAYNAKLAR

Kaynakların doğru ve tam yazılmasının sorumluluğu yazar(lar)a aittir. Kaynak yazımında “*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*” (Ann Intern Med 1997;126:36-47) adlı kılavuzun en son güncellenmiş şekline uyulmalıdır. Kaynaklar ayrı bir sayfaya çift satır aralıklı yazılmalı ve yazıda gösterildiği sıraya göre numaralandırılmalıdır. Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanması kabul edilmiş çalışmalar kaynak olarak bildirilebilir. Kongre bildirileri için basılı kaynak gösterilmesi zorunludur. Dergi adları *Index Medicus*’a uygun şekilde kısaltılmalıdır. Altı ya da daha az sayıda olduğunda tüm yazarlar verilmeli, altıdan fazla yazar durumunda, altıncı yazarın arkasından “et al.” ya da “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örnekler uyulmalıdır:

### *Dergi:*

Simko LC, Walker JH. Preoperative antioxidant and allopurinol therapy for reducing reperfusion-induced injury in patients undergoing cardiothoracic surgery. Crit Care Nurse 1996;16:69-73.

### *Kitap:*

Chung EK. Pocket guide to ECG diagnosis. 1st ed. Cambridge: Blakwell Science; 1996.

### *Kitaptan bölüm:*

Alexander RW, Pratt CM, Roberts R. Diagnosis and management of patients with acute myocardial infarction. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V, editors. Hurst’s the heart. 9th ed. St. Louis: McGraw Hill; 1998. p. 1345-8.

Dergide yayınlanacak çalışmalarda kullanılacak literatürlerin doğru yazımının kontrolü açısından, yazı değerlendirilmesinin her bir aşamasında yazar(lar)dan belirli literatürlerin ilk ve son sayfa fotokopileri istenebilir. Bu istek yazar(lar)ca karşılanana kadar yazının yayınlanması bekletilir.

## TABLO VE ŞEKİLLER

Resim ve çizimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekil ve grafiklerin dergide yayınlanabilmesi için, yazarlar dergiye yazı gönderiminden önce gerekli izni almalı ve izin alındığını gösterir belgeyi yazıyla birlikte dergiye göndermelidir.

Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik ve elle çizilen şekiller “Şekil” olarak adlandırılır. Resimler parlak fotoğraf kağıdına net olarak basılmalıdır. Orijinali siyah-beyaz olan fotoğrafların renkli filme çekilip basılmasından kaçınılmalıdır.

Kişinin kimliğinin anlaşılabilmesi için resimlerde, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli; aksi halde sözkonusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır.

Yazılarda fotoğrafların renkli yayınlanmasını isteyen yazarlardan maliyete katılmaları ve dia göndermeleri istenebilir.

Şekil ve grafikler beyaz kuşe kağıda çizilmeli, sıra ile numaralanmalı ve ayrı kağıtlarda gönderilmelidir.

Resimlerin arkasında yazar adı belirtilmemeli; yazı adı, şekil numarası ve şeklin üst kenarını gösteren bir ok bulunan bir etiket yapıştırılmalıdır.

Tablo, şekil ve grafiklerin yazıda nerede geçtiği belirtilmelidir. Tablo başlıkları dışında, şekil alt yazılarının tümü ayrı bir sayfaya birlikte yazılmalı ve metne eklenmelidir. Tablo başlıkları anlaşılır şekilde ve tablonun üzerine yazılmalıdır. Tablolardaki veriler yazı içinde ya da şekillerde tekrarlanmamalıdır.

## BİLGİLENDİREREK ONAY ALMA / ETİK

İnsanlar üzerinde yapılan çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedür(lerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma sözkonusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “*İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik*” ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komitesi onayını göndermelidir.

Yazılar, şekil ve resimler dahil üç takım halinde aşağıdaki adrese gönderilmelidir:

Ekin Tıbbi Yayıncılık

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

Osmanağa Mah. Nüzhet Efendi Sok. No: 49/3

34714 Kadıköy, İstanbul.

Tel: 0216 - 337 70 73 Faks: 0216 - 345 71 30

e-posta: ekinegitim@superonline.com

## GEREKENLERİN KONTROLÜ

- (i) Yazı ve şekiller üç kopya, bilgisayar disketi ile birlikte gönderilecek. (ii) Yazının bütün bölümleri iki satır aralıklı basılacak. (iii) İngilizce ve Türkçe özetler eklenecek. (iv) Bir yazarın tam adresi, telefon, faks numaraları, varsa e-posta adresi bildirilecek. (v) Tüm yazarlarca imzalanmış bir açıklama eklenecek.

## FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRE MEKTEPLERİ VE HASTANELERİ VAKFI

Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı, modern Türkiye Cumhuriyeti'nde hemşirelik hizmetlerinin ve eğitiminin en üst seviyede verilmesine katkı sağlamak maksadı ile kurulmuş bulunan önemli örgütlenmelerden bir tanesidir. Söz konusu vakıf 1956 yılında kurulmuş ve günümüzde kuruluşunun 51. yılını idrak etmektedir.

Florence Nightingale, 1820 yılında İtalya'nın Floransa şehrinde doğmuş, hasta ve fakir insanlara yardımcı olmanın verdiği haz ile hemşirelik mesleğine yönelerek bu mesleğe gönül vermiş ve yurdumuzda "modern hemşireliğin kurucusu" mertebesine erişmiş bir şahsiyettir. Söz konusu şahsiyet, Osmanlı Devleti ile Rusya arasında 1853 yılında başlayan Kırım Savaşı'na, 1854 yılında İngiltere, Fransa ve Sardunya'nın da katılması sonucu, öncelikle söz konusu savaşta yaralanan askerlere sağlık hizmeti verebilmek maksadı ile, 04.11.1854 tarihinde İstanbul'a gelmiştir. 1856 yılına dek ülkemizde sürdürdüğü hemşirelik uygulamaları neticesinde herkesin takdir ve sevgisini toplayan Florence Nightingale 1856 yılında İngiltere'ye dönmüş ve 1910 yılında da hayata gözlerini yummuştur.

Modern Türkiye Cumhuriyeti ile birlikte ülkemizin iyi eğitimli ve dinamik hemşire ihtiyacının artması ve Fahrünisa Seden'inde bu durumu net olarak öngörmesi neticesinde 1948 yılında Türkiye'de hemşirelik eğitim ve uygulamalarının geliştirilmesi maksadı ile bir yapılanma oluşturulması için çalışmalara başlanmıştır. 1948 yılında yapılan bu ilk toplantıya;

Başkan: Ali Rana Tarhan,

İkinci Başkan: Ord. Prof. Dr. Sıddık Sami Onar

Genel Sekreter: Vedat Nedim Tör

Yardımcı Sekreter: Fahrünisa Seden

Muhasip: F. Garelli

Üyeler: Prof. Dr. Halide Edip Adıvar, Dr. Adnan Adıvar, Camilla Bergeaud, Dr. Floyd H. Black, Charles Crozat, Mrs. W.G. Edwards, Safiye Hüseyin Elbi, Prof. Dr. Muhtin Erel, Dr. Hikmet Gezer, Ord. Prof. Dr. Kazım İsmail Gürkan, C.T.S. Lake, Artur L. Lanckton, R.G. Mc. Nab, Nadir Nadi, Prof. Dr. Ziya Öktem, Mrs. Ragg, Prof. Dr. Tefvik Sağlam ve A.W. Walker iştirak etmişlerdir.

Özellikle Fahrünisa Seden hanımefendinin ulusal ve uluslararası ölçekteki yoğun temas ve çabaları sonucunda ve yaratılan ekonomik kaynaklar ile 1956 yılında, bugünkü adı ile Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı olan vakıf kurulmuştur. Söz konusu vakfın kurucuları şunlardır;

Türkiye Kızılay Derneği (*Safiye Hüseyin Elbi*)

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi (o tarihlerde İstanbul Üniversitesi'ne bağlı bir tıp fakültesi mevcuttur).

Ord. Prof. Dr. Kazım İsmail Gürkan (*Türk Hemşireler Derneği*)

Ord. Prof. Dr. Sıddık Sami Onar (*İstanbul Verem Savaş Derneği*)

Dr. Kamil Öner, Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel, Ord. Prof. Dr. Tefvik Sağlam, Fatma Bengisu, Dr. Ömer Faruk Sargut, Rıza Çerçel, Fahrünisa Seden, Ord. Prof. Dr. Arif İsmet Çetingil, Hazel Sporel, Esmâ Deniz, Dr. Robert Stone, M.G. Edwards, Dr. Vedat Nedim Tör, Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli, A.W. Walker

Söz konusu vakıf kurulmuş olduğu günden bugüne ülkemizde hemşirelik mesleğinin gelişmesi, hemşirelik ile ilgili öncü girişimlere destek verilmesi ve hemşirelik mesleğinin halka tanıtılması ve geniş toplum kesimlerine sevdirmesi maksadı ile yoğun çalışmalar üretmektedir. Söz konusu çalışma ve faaliyetler, vakfın kurulmuş olduğu günden bugüne artan bir coşku ve ivme ile devam ettirilmektedir. 2007 yılı itibarı ile vakfı teşkil eden genel kurul üyeleri ve yönetim kurulu üyeleri şunlardır;

Semahat Arsel

Prof. Dr. Özdem Anğ (*Yönetim Kurulu Başkanı*)

Gülümhan Atasagun, Prof. Dr. Kayıhan Aydoğmuş, Dr. Seyfi Basa, Emel Berkay, Nur Camat, Gülsevîm Çeviker

Dr. Ahmet Refik Erem: Kurucular Meclisi Başkanı (*İstanbul Verem Savaş Derneği Temsilcisi*)

Ömer Taşlı (*Kızılay Derneği Temsilcisi*)

Prof. Dr. Ali Görpe, Yalçın Güç, Ülkü Gürkan, Prof. Dr. Aysel Kavaklı, Nejat Gülen, Prof. Dr. Halil Sağduyu

Yard. Doç. Dr. Selva Şentürk (*Muhasip Üye*)

Nermin Tanju

Doç. Dr. Nevzat Alkan (*İstanbul Tıp Fakültesi Temsilcisi*)

Sevilay Şenol Çevik (*Türk Hemşireler Derneği Temsilcisi*)

Metin Ünsal, Yüksel Erkman Ulukan

Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu kampüsündeki vakıf merkezinde Türk Hemşireliğini ve Türk Hemşirelerini desteklemeye devam etmektedir. Vakfın halihazırdaki genel müdürü; Emre Sağduyu olup, vakfa ulaşabileceğiniz telefon numaraları; 0212 - 224 49 89 ve 0212 - 224 49 90'dır.

*Yararlanılan Kaynak*

Yardımcı Doçent Dr. Selva Şentürk tarafından yayına hazırlanan, "Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı Tarihçesi (1956-2006) ve Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu" başlıklı eserdir. Söz konusu eser Birmat Matbaacılık tarafından 2006 yılında basılmıştır.



# Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi\*

Determining the Motivation Levels of the Nurses Working at Intensive Care Wards of Muğla and Menteşe State Hospitals

Mustafa YILDIZ, Fatma BİRGİLİ

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):1-9*

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri kardiyoloji, dahiliye ve cerrahi yoğun bakım servislerinde çalışan 30 hemşire oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında, sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı ve motivasyon envanterinin yer aldığı iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, yüzdelik, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis yöntemleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Yapılan istatistiksel analiz sonucunda hemşirelerin %53.3'ünün motivasyon düzeyinin orta, %47.3'ünün ise düşük olduğu tespit edildi. Ayrıca motivasyon içgüdüsel faktörleri ile çalışma şekli arasında ve motivasyon dışsal faktörleri ile hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Hemşirelerin çalışma şekilleri ile mesleklerini bilinçli seçmelerinin iş hayatında motivasyonlarını etkilediği belirlendi. Bu nedenle eğitim ve sağlık sektörlerinde kurumsal olarak motivasyonu artıran stratejilerin geliştirilmesinin yararlı olacağı görüşüne varıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Yoğun bakım; motivasyon; hemşire.

**Objectives:** This study aims to determine the motivation levels of the nurses who work at intensive care wards of Muğla and Menteşe state hospitals.

**Materials and Methods:** Thirty nurses working at cardiology, internal and surgical intensive care units of Muğla and Menteşe state hospitals composes the basis of this study. A surgery form, composed of two sections; motivation data and socio-demographic characteristics, has been used to collect data. To assess the data, descriptive statistics (means, frequencies, standard deviation) and non-parametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis) have been used.

**Results:** Statistical analysis results showed that 53.3% of the nurses had a fair level of motivation, and 43.7% of them had a low level of motivation. We also found a significant relation between instinctive motivational factors and the working style, and between external motivational factors and having chosen this job voluntarily ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that the working style and conscious selection of their profession affect nurses' motivation in their professional life. Hence, it was concluded that developing strategies in educational and medical institutions that enhance the organizational motivation would be useful.

**Key Words:** Intensive care; motivation; nurses.

\*IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (5-6 Mayıs 2005, Ordu).

(Yıldız, S.M.) 112 Acil Yardım İstasyonu, Muğla; (Birgili, Öğr. Gör.) Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu, Muğla

İletişim adresi: Mustafa Yıldız. 112 Acil Yardım İstasyonu, 48000 Muğla.

Tel: 0252 - 213 06 22 Faks: 0252 - 212 75 50 e-posta: mustafayildiz17@yahoo.com

Hızlı teknolojik ve sosyal değişim içerisinde bulunan günümüz dünyasında yönetim bilimlerine, özellikle personel yönetimine karşı artan ilgiye paralel olarak motivasyon kuramları daha büyük bir önem kazanmıştır.<sup>[1]</sup>

Motivasyon kavramı, harekete geçirmek, teşvik etmek anlamını taşıyan "movere" kelimesinden gelmektedir.<sup>[2-6]</sup> Bu kavramdan türetilen motivasyon, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaları için doyum sağlayacak ve yeteneklerini, gelişme olanaklarını ortaya koyacak şekilde, onların kişisel, toplumsal ve ekonomik tercihlerinin tatminini sağlama ve teşvik edebilme sürecidir.<sup>[7-9]</sup>

Yönetimin verimli ve etkili bir biçimde başarıya ulaşmasında insan kaynaklarının büyük önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verirken, gerekli her türlü olanağı sağlayan koordine faaliyetler bütünüdür.<sup>[6]</sup> Bu faaliyetleri yerine getirirken hemşirelik hizmeti sunan ve alan bireyler için motivasyon gerekli bir kriter haline gelmiştir. Araştırmacılar, motivasyonun ön plana alındığı durumlar ve ortamlarda; verimliliğin arttığını, zayıf olan ortamlarda ise, çalışanların yetenekleri ne olursa olsun verimliliğin düşük olduğunu bildirmektedirler.<sup>[10]</sup>

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde temel hedef, topluma daha kaliteli bir bakım hizmeti vermektir. Hemşirelerin kaliteli bakım hizmeti verebilmeleri için mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra, işe yeterince motive olmaları gereklidir.<sup>[10]</sup> Hemşirelerin motivasyonu sağlanacak olan iş doyumunu ve iş saygısı aynı zamanda bakım standardını da arttıracaktır.<sup>[11]</sup>

Sağlık işletmelerinde özellikle acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler hastaların sorumluluğunu daha fazla taşımaktadır.<sup>[12]</sup> Bu yüzden hemşirelerin motivasyonunun azalması hizmetten beklenen verimliliği de azaltmaktadır. Bu nedenle motivasyonun personel verimliliği üzerindeki etkileri göz ardı edilmemelidir.<sup>[7]</sup>

Günümüzde yöneticiler sunulan iş kalitesini artırmak için, personellerinin motivasyonunu yükseltici girişimlerde bulunmaktadır.<sup>[13]</sup> Hizmet kalitesinin devamlılığının ve gelişiminin sağlanması, ancak motivasyonun ve verilen tahhütlerin yerine getirilmesiyle mümkün olabilir.<sup>[14]</sup> Zaten, yeterli hasta bakımı sağlanmak isteniyorsa etkin olarak görev yapan insana ihtiyaç vardır. Yöneticinin sorumluluğu, işin hem nite-

liğini hem de niceliğini artırmak için personeli motive etmektir. Tabii ki, motive etmeden önce onların gereksinimlerini tanımalı ve bunları karşılayacak güce sahip olmalıdır. Bununla birlikte yöneticiler personelinin iyi bakım vermesini sağlayacak pozitif bir atmosfer yaratmalı ve var olan sorunları çözebilmek için gayret sarf etmelidir.<sup>[6]</sup> Böylece kurum hedefleri ile kişisel gereksinimler arasında dengeli ilişki kurulabilir ve çalışanlar arasında oluşturulacak işbirliği yolu ile hedefe ulaşmada önemli katkı sağlayacak olan motivasyon gerçekleşebilir.<sup>[15]</sup>

Hemşirelik mesleği gördüğü işlevler ile bugün dünyanın hemen her yerinde, ülkenin sağlık alanındaki hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır.<sup>[16]</sup> Fakat sağlık sistemi içinde çalışma ortamı, çalışma koşullarındaki yetersizlik, nitelikli eleman ve malzeme eksikliği, fiziksel ortamın uygun olmaması, amirlerin tutumu ile iletişim vb. konular motivasyonu etkilemektedir.<sup>[17]</sup> Ayrıca aşırı iş yükü ve düşük sosyal destek hemşirelerin duygusal bitkinliğini artırır.<sup>[18]</sup> Motivasyonun yetersizliği durumunda hasta bakımı niteliğinin düşmesi, çalışanların psikolojik ve bedensel sorunlarında artma, kişiler arası ilişkilerde uyumsuzluk ve güçlük oluşmaktadır.<sup>[17]</sup> Hemşirelerde motivasyon düzeyinin yükselmesi ile bakım standardı ve kalitesinin artacağı, böylece hemşirelerin iş doyum düzeylerinde yükselme görülebileceği düşünülmektedir.<sup>[10]</sup>

Çalışma, yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerini ve motivasyon düzeylerini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Muğla ve Menteşe Devlet Hastaneleri kardiyoloji, dahiliye ve cerrahi yoğun bakım servislerinde çalışan 30 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelerin tamamı örnekleme alınmıştır. Araştırmada yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin belirlenmesine yönelik iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Birinci bölümde, araştırmanın amacına yönelik olarak hemşirelerin kişisel ve ailevi bilgilerine, sosyo-demografik özelliklerine ve kendilerini algılama durumlarına göre 17 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanıldı. İkinci bölümde ise, motivasyon düzeyini belirlemek amacıyla motivasyon envanteri kullanıldı.

1998 yılında Barbuto ve Scholl tarafından ABD’de geliştirilen motivasyon envanteri içgüdüsel süreç, araçsal süreç, dışsal benlik kavramı, içsel benlik kavramı, hedef içselleştirme olmak üzere beş alt faktörden oluşmaktadır. Motivasyon envanterindeki 7, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 30 numaralı sorular içsel motivatörleri, 13, 14, 15, 16, 17, 18 numaralı sorular dışsal motivatörleri, 1, 2, 3, 4, 5, 6 numaralı sorular içgüdüsel motivatörleri, 25, 26, 27, 28, 29 numaralı sorular hedef içselleştirme motivatörlerini, 8, 9, 10, 11, 12 numaralı sorular ise araçsal motivatörleri ifade etmektedir. Her madde 1’den 7’ye kadar derecelendirilmiş olup, 1 ‘kesinlikle katılmıyorum’, 7 ‘kesinlikle katılıyorum’, 1 ve 7 arasındaki değerler ise sözü edilen ifadeye katılım derecesini göstermektedir.<sup>[15]</sup>

Motivasyon envanterinin Türkiye’de ve hemşireler üstünde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Öztürk<sup>[15]</sup> tarafından yapılmıştır.

Araştırmada yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerden toplam motivasyon puanı 109’un altında olanların motivasyon düzeyleri düşük, 109-154 arası olanların orta, 154’ün üstünde olanların ise yüksek olduğu kabul edildi.<sup>[15]</sup>

Çalışmanın istatistiksel analizinde, SPSS (Statistical Packages For Social Sciences) 10.0 programı kullanıldı. Veriler, demografik özellikleri belirleyici bireysel bilgi formu ve motivasyon envanterinin uygulanması ile elde edildi. Verilerin istatistiksel analizleri ortalama, standart sapma, yüzdeler hesabı, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, %40’ının (n=12) 18-25 yaş grubunda, %60’ının (n=18) 26-35 yaş grubunda, %76.7’sinin (n=23) evli ve %23.3’ünün (n=7) ise bekar olduğu saptandı (Tablo I).

Hemşirelerin %40’ının (n=12) sağlık meslek lisesi (SML), %26.7’sinin (n=8) ön lisans, %33.3’ünün (n=10) ise lisans mezunu olduğu belirlendi. Çocuk sayıları incelendiğinde, %56.7’sinin (n=17) çocuğunun olmadığı, %43.3’ünün (n=13) 1-2 çocuk sahibi olduğu saptandı. Hemşirelerin yoğun bakım servisinde çalışma sürelerine bakıldığında, %63.3’ünün (n=19) 1-5 yıldır, %30’unun (n=9) 6-10 yıldır, %6.7’sinin (n=2) 11-15 yıldır çalıştığı tespit edildi. Maaş durumları incelendiğinde ise,

%76.6’sının (n=23) 501-750 YTL, %6.7’sinin (n=2) 751-999 YTL, %16.7’sinin (n=5) 1000 YTL ve üzeri maaş aldıkları belirlendi (Tablo I).

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre motivasyon puanlarının ortalaması, SML 108.00±21.28, ön lisans 118.37±14.87, lisans 114.00±26.84 olarak saptandı. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin motivasyon düzeyi en düşük iken, ön lisans mezunu hemşirelerin en yüksek olduğu sonucuna varıldı (Tablo II).

Çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin motivasyon puanlarının ortalaması 110.23±22.92, 1-2 çocuk sahibi olan hemşirelerin ise 116.07±20.19 olarak belirlendi ve bu sonuçlara göre, çocuk sahibi olan hemşirelerin olmayanlara göre motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo II).

Yoğun bakım servisinde 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin motivasyon puanlarının ortalaması 115.31±21.78, 6-10 yıldır çalışanların 109.11±24.10, 11-15 yıldır çalışanların ise 105.00±0.00 olduğu tespit edildi. 1-5 yıldır yo-

**TABLO I**

**Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları**

	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
18-25 yaş	12	40.0
26-35 yaş	18	60.0
Medeni hali		
Evli	23	76.7
Bekar	7	23.3
Eğitim durumu		
SML	12	40.0
Ön lisans	8	26.7
Lisans	10	33.3
Çocuk sayısı		
Yok	17	56.7
1-2	13	43.3
Çalışma yılı		
1-5 yıl	19	63.3
6-10 yıl	9	30.0
11-15 yıl	2	6.7
Maaş durumu YTL		
501-750	23	76.6
751-999	2	6.7
1000 ve üzeri	5	16.7

SML: Sağlık Meslek Lisesi.

ğün bakım sevişinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri en yüksek iken, 11-15 yıldır çalışanların ise en düşük olduğu belirlendi (Tablo III).

Araştırmada 501-750 YTL arası maaş alan hemşirelerin motivasyon puanlarının ortalaması 111.69±22.63, 751-999 YTL arası maaş alanların 113.50±21.92, 1000 YTL ve üzeri maaş alanların ise 117.40±20.24 olduğu belirlendi. Veriler incelendiğinde maaş miktarı arttıkça motivasyonunda doğru orantılı olarak arttığı görüldü (Tablo III).

Hemşirelerin %90'nının 08.00-16.00 mesaisi ve mesai harici ayda belli sayıda nöbet tutarak çalışmakta olduğu, %10'unun ise 08.00-16.00 mesai şeklinde çalıştığı belirlendi ve sadece 08.00-16.00 mesaisinde çalışanların motivasyon düzeylerinin daha yüksek (113.55±22.56) olduğu tespit edildi (Tablo IV). Çalışma şekli ile içgüdüsel motivasyon faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptandı (p<0.05).

'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?' sorusuna evet diyenlerin oranı %60 iken, hayır diyenlerin oranı ise %40 olarak tespit edildi. Mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin motivasyon düzeylerinin daha yüksek (118.61±22.34) olduğu saptandı. Bunun yanında hemşirelerin mesleklerini isteyerek seçme durumu ile dışsal mo-

tivasyon faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulundu (p<0.05) (Tablo IV).

Hemşirelerin %53.3'ünün kendi istekleriyle, %46.7'sinin ise hastane yönetiminin görevlendirmesiyle yoğun bakım servisinde çalıştığı tespit edildi. Motivasyon düzeyleri incelendiğinde kendi isteği ile çalışanların motivasyon puanlarının ortalaması 112.93±23.07, hastane yönetiminin görevlendirmesiyle çalışanların ise 112.57±20.69 olduğu saptandı. Bu iki seçeneğin motivasyon puan ortalamaları hemen hemen aynı düzeyde seyretmekle birlikte, kendi isteğiyle yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin biraz daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo V).

Hemşirelerin %56.7'sinin servis içindeki hemşire arkadaşlarından memnun olduğu, %43.3'ünün ise bazen memnun olduğu tespit edildi ve hemşire arkadaşlarından memnun olanların motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (115.58±24.21) (Tablo V).

'Bulduğunuz kurumda çalışmaktan memnun musunuz?' sorusuna evet diyenlerin oranı %50, bazen diyenlerin oranı %40, hayır diyenleri oranı ise %10 olarak tespit edildi. Bu sonuçlara göre genel olarak hemşirelerin kurumlarından memnun olduğu ve memnun olanların motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (114.66±24.71) (Tablo VI).

**TABLO II**

**Hemşirelerin öğrenim durumlarına ve çocuk sayılarına göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel	Dışsal	İçgüdüsel	Hedefsel	Araçsal	Toplam
	Sayı	Yüzde	faktörler	faktörler	faktörler	faktörler	faktörler	motivasyon
Öğrenim durumu	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
SML	12	40.0	44.66±5.80	17.25±7.65	13.16±6.32	22.25±5.92	10.66±6.09	108.00±21.28
Ön lisans	8	26.7	46.50±8.01	22.62±6.58	13.62±5.87	23.37±5.52	13.50±5.75	118.37±14.87
Lisans	10	33.3	45.90±6.31	17.60±9.24	15.90±6.78	22.10±8.23	12.50±7.10	114.00±26.84
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi			KW=0.15 p=0.92	KW=1.75 p=0.41	KW=2.71 p=0.25	KW=0.29 p=0.86	KW=0.29 p=0.86	KW=2.05 p=0.35
Çocuk sayısı	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yok	17	56.7	45.00±6.50	17.17±8.54	14.35±6.35	23.41±6.77	10.88±4.85	110.23±22.92
1-2	13	43.3	46.30±6.49	20.92±7.10	14.00±6.41	21.30±6.14	13.53±7.67	116.07±20.19
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=97.50 p=0.58	U=74.50 p=0.13	U=109.50 p=0.91	U=94.50 p=0.50	U=96.50 p=0.55	U=89.00 p=0.36

'Kurumunuzun çalışma koşullarından memnun musunuz?' sorusuna evet diyenlerin oranı %13.3, hayır diyenlerin oranı ise %86.7 olarak tespit edilmiş olup memnun olanların motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (115.50±38.69) (Tablo VI).

'Kurumun sunduğu özlük hakları yeterli buluyor musunuz?' sorusuna hayır diyenlerin oranı %50, bazen diyenlerin oranı %43.3, evet diyenlerin oranı ise %6.7 olarak tespit edildi ve kurumun özlük haklarını yeterli bulanların motivasyon düzeylerinin en yüksek olduğu saptandı (125.00±41.01). Bu sonuçlara göre hemşirelerin kurumun sunduğu özlük hakları çoğunlukla yeterli bulmadıkları ve yeterli bulanlara göre yeterli bulmayanların motivasyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo VI).

'Servisteki diğer ekip üyelerinden memnun musunuz?' sorusuna evet diyenlerin oranı %43.3, bazen diyenlerin oranı %46.7, hayır diyenlerin oranı ise %10 olarak saptandı. Servisteki diğer (doktor, diyetisyen vs.) ekip üyelerinden memnun olan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi (115.33±24.87) (Tablo VII).

Yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin %53.3'ünün hemen emekli olmak istemediği, %46.7'sinin ise hemen emekli olmak istediği saptandı. Emekli olmak isteyen hemşirelerin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (116.25±19.00) (Tablo VII).

Sonuç olarak, hemşirelerin %53.3'ünün motivasyon düzeyinin orta, %47.3'ünün ise düşük olduğu tespit edildi. Hemşirelerin toplam motivasyon puan ortalaması 112.76±21.62, içsel motivasyon puan ortalaması 45.56±6.42, dışsal motivasyon puan ortalaması 18.80±8.04, içgüdüsel motivasyon puan ortalaması 14.26±6.27, hedefsel motivasyon puan ortalaması 22.50±6.48, araçsal motivasyon puan ortalaması 12.03±6.26 olarak bulundu.

Bu sonuçlara göre, hemşirelerin motivasyon düzeylerinin orta düzey olduğu ve motivasyon alt faktörleri içinde içsel motivasyon düzeyinin en yüksek, araçsal motivasyon düzeyinin ise en düşük olduğu tespit edildi.

## TARTIŞMA

Yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerden SML mezunu olanların motivasyon düzeyi-

**TABLO III**

**Hemşirelerin çalışma yıllarına ve maaş durumlarına göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel faktörler	Dışsal faktörler	İçgüdüsel faktörler	Hedefsel faktörler	Araçsal faktörler	Toplam motivasyon
	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışma süresi (yıl)								
1-5	19	63.3	46.15 ±5.79	19.78±7.85	14.42±7.00	23.10±6.10	11.84±6.08	115.31±21.78
6-10	9	30.0	46.22±5.84	16.22±8.51	14.22±5.56	22.22±7.31	11.33±6.92	109.11±24.10
11-15	2	6.7	37.00±12.72	21.00±9.89	12.00±0.00	18.00±8.48	17.00; 5.65	105.00±0.00
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi		KW=1.96	KW=1.58 p=0.37	KW=0.04 p=0.45	KW=0.56 p=0.97	KW=1.56 p=0.75	KW=0.51 p=0.45	p=0.77
Maaş durumu (YTL)								
501-750	23	76.6	45.47±7.17	19.52±7.93	13.26±5.63	22.39±6.96	11.47±6.50	111.69±22.63
751-999	2	6.7	44.00±4.24	16.00±1.41	20.00±5.65	19.50±4.94	14.00±8.48	113.50±21.92
1000 ve üzeri	5	16.7	46.60±2.96	16.60±10.45	16.20±8.70	24.20±4.86	13.80±5.11	117.40±20.24
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi		KW=0.42	KW=0.16 p=0.51	KW=2.74 p=0.68	KW=0.49 p=0.09	KW=0.36 p=0.48	KW=0.06 p=0.54	p=0.80

**TABLO IV**  
**Hemşirelerin çalışma şekli ve meslek seçimlerine göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel faktörler	Dışsal faktörler	İçgüdüsel faktörler	Hedefsel faktörler	Araçsal faktörler	Toplam motivasyon
	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışma şekli								
08-16 mesai usulü	3	10.0	45.59±6.40	18.92±8.18	14.81±6.31	22.22±6.71	12.37±6.39	113.55±22.56
08-16 mesai ve nöbet	27	90.0	45.33±8.08	17.66±8.02	8.66±1.15	25.00±3.60	9.00±4.58	105.66±8.62
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=36.00 p=0.75	U=38.50 p=0.89	U=10.00 p=0.03*	U=29.50 p=0.44	U=29.50 p=0.44	U=33.00 p=0.60
Meslek seçimi								
Evet	18	60.0	47.16±5.04	21.11±7.82	15.00±5.96	22.94±6.94	12.38±6.89	118.61±22.34
Hayır	12	40.0	43.16±7.68	15.33±7.35	13.00±6.79	21.83±5.96	11.50±5.41	104.00±17.91
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=76.50 p=0.18	U=57.00 p=0.03*	U=76.50 p=0.18	U=97.00 p=0.64	U=103.00 p=0.83	U=67.50 p=0.08

**TABLO V**

**Hemşirelerin yoğun bakım servisinde çalışma isteklerine ve servis içindeki hemşire arkadaşlarından memnun olma durumlarına göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel faktörler	Dışsal faktörler	İçgüdüsel faktörler	Hedefsel faktörler	Araçsal faktörler	Toplam motivasyon
	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yoğun bakımda çalışma isteği								
Kendim	16	53.3	46.62±5.81	19.62±8.27	14.06±5.73	22.68±7.10	10.56±6.48	112.93±23.07
Hastane yönetimi	14	46.7	44.35±7.07	17.85±7.96	14.35±7.05	22.28±5.95	13.71±5.77	112.57±20.69
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=93.50 p=0.44	U=96.50 p=0.51	U=109.00 p=0.91	U=109.50 p=0.91	U=73.00 p=0.10	U=109.00 p=0.91
Servisteki hemşirelerden memnun olma								
Evet	17	56.7	45.41±5.99	19.82±8.33	16.17±7.02	22.70±6.20	12.05±6.56	115.58±24.21
Bazen	13	43.3	45.76±7.20	17.46±7.77	11.61±4.05	22.23±7.08	12.00±6.11	109.07±17.94
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=98.00 p=0.59	U=92.50 p=0.44	U=64.50 p=0.05	U=110.00 p=0.98	U=110.00 p=0.98	U=96.00 p=0.54

leri en düşük iken, ön lisans mezunu olan hemşirelerin ise en yüksektir. Sarı'nın<sup>[6]</sup> çalışmasında SML mezunu hemşirelerin motivasyon düzeyi en yüksek, ön lisans ve lisans mezunu hemşire-

lerin ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi yükseldikçe motivasyon düzeyinin azaldığı belirlenmiş olup çalışmamızla paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin, olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çocuk sahibi olan hemşirelerin aile düzenlerinin olmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin motivasyon düzeyleri 1-5 yıldır çalışanlarda en yüksek iken, 11-15 yıldır çalışanlarda en düşüktür. Öztürk'ün çalışmasında<sup>[15]</sup> 1-5 yıllık deneyime sahip hemşirelik personelinin toplam motivasyon düzeylerinin, 6-11 yıl ve üzerinde deneyime sahip olanların motivasyon düzeyinden yüksek olması, deneyim yılı arttıkça motivasyon düzeyinin düştüğünü göstermektedir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sarı'nın<sup>[6]</sup> çalışmasında ise, 6-10 yıllık deneyime sahip olanların motivasyon düzeyinin, 1-5 yıl ile 11

ve üzerinde çalışanlara göre yüksek olması araştırma bulgularımızla ters düşmektedir. Yıllarca aynı serviste çalışan ve yoğun bakım deneyimi olan hemşirelerde motivasyon düzeyinin düşük olması, yaptıkları işte bir monotonlaşma durumunun olmasına bağlı olabilir.

Araştırmada, hemşirelerin aldıkları maaş miktarı arttıkça motivasyonun da doğru orantılı olarak arttığı göze çarpmaktadır. Bu bulguya göre, maaş düzeyi arttıkça hemşirelerin işlerinde daha verimli oldukları ve motivasyon düzeylerinin de yükseldiği düşünülebilir.

Çalışmada 08.00-16.00 mesaisinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri, 08.00-16.00 mesaisi ve mesai harici ayda belli sayıda nöbet

**TABLO VI**

**Hemşirelerin çalıştıkları kurumdan memnun olma durumlarına, kurumlarının çalışma koşullarına ve kurumun özlük haklarına göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel faktörler	Dışsal faktörler	İçgüdüsel faktörler	Hedefsel faktörler	Araçsal faktörler	Toplam motivasyon
	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışılan kurumdan memnun olma								
Evet	15	50.0	47.20±5.50	20.26±9.14	13.40±6.47	23.93±7.24	10.53±6.78	114.66±24.71
Hayır	3	10.0	41.66±11.93	15.33±11.01	10.66±1.52	23.00±1.00	12.66±0.57	103.33±2.08
Bazen	12	40.0	44.50±5.94	17.83±5.90	16.08±6.45	20.58±6.08	13.75±6.19	112.75±20.61
Toplam	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi			KW=1.66 p=0.43	KW=1.26 p=0.53	KW=2.80 p=0.24	KW=2.04 p=0.36	KW=2.99 p=0.22	KW=0.64 p=0.72
Kurumun çalışma koşulları	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet	4	13.3	44.5±9.81	22.00±9.93	18.50±9.18	21.25±10.81	9.25±4.78	115.50±38.69
Hayır	26	86.7	45.73±6.01	18.30±7.83	13.53±5.66	22.69±5.87	12.46±6.42	112.34±19.00
Toplam	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=47.00 p=0.75	U=41.50 p=0.52	U=33.00 p=0.24	U=46.00 p=0.71	U=38.00 p=0.39	U=50.00 p=0.90
Kurumun özlük hakları	Sayı	Yüzde	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet	2	6.7	48.50±10.60	26.00±14.14	17.00±1.41	25.50±13.43	8.00±1.41	125.00±41.01
Hayır	15	50.0	46.20±5.11	17.26±8.41	12.26±4.72	21.86±6.62	11.46±5.80	108.40±21.03
Bazen	13	43.3	44.38±7.51	19.46±6.71	16.00±7.70	22.76±5.77	13.30±7.09	115.92±20.34
Toplam	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi			KW=0.15 p=0.92	KW=1.75 p=0.41	KW=2.71 p=0.25	KW=0.29 p=0.86	KW=0.92 p=0.63	KW=2.05 p=0.35

tutarak çalışmakta olan hemşirelere göre daha yüksektir. Bu sonuca göre; nöbete kalan hemşirelerin, yeterli personel olmaması ve iş yoğunluğu nedeniyle motivasyon düzeylerinin düşebileceği düşünülebilir. Ökdemir'in<sup>[17]</sup> çalışmasında ise hemşirelerin %54'ü (07.00-19.00 ve 19.00-07.00) vardiyalı sistemle çalışmaktaydı ve çalıştıkları birimleri ile ilgili düşünceleri sorgulandığında, %95'i hemşire sayısını yetersiz bulmaktaydı. Bu bulgu çalışma saatleriyle karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur ve çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin motivasyon düzeyleri, isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksektir. Ayrıca yoğun bakım servisinde kendi istekleri ile çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri hastane yönetimin görevlendirilmesiyle çalışanlara göre daha yüksektir. Buna göre, mesleğini isteyerek seçen ve kendi isteğiyle yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin mesleğine daha iyi bağlandıkları ve mesleğini severek yaptıkları düşünülebilir. Fadiloğlu'nun<sup>[10]</sup> çalışmasında ise hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile motivasyon düzeyi arasında yapılan incelemede, bu iki değişken arasında an-

lamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermemektedir.

Hemşirelerin çoğunluğu servis içindeki hemşire arkadaşlarından memnundur ve memnun olanların motivasyon düzeyleri memnun olmayanlara göre daha yüksektir. Öztürk<sup>[15]</sup> ve Ökdemir'in<sup>[17]</sup> yaptığı çalışmalarda da hemşirelerinin büyük çoğunluğunun servisteki hemşire arkadaşlarından memnun olduğu tespit edilmiş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu bulgular ışığında, servisteki diğer hemşirelerle uyumlu ve karşılıklı iyi ilişkiler kurulmasının motivasyonu artırdığı söylenebilir.

Hemşireler genel olarak kurumlarından memnundurlar fakat büyük ölçüde de kurumlarının çalışma koşullarından memnun değildirlir ve memnun olanların motivasyon düzeyleri memnun olmayanlara göre daha yüksektir. Memnun olmama durumunun hemşirelerin buldukları kurumun çalışma koşullarının yetersizliğinden kaynaklandığı söylenebilir ve onların motivasyon düzeylerini etkilediği düşünülebilir.

Servisteki diğer (doktor, diyetisyen vs.) ekip üyelerinden memnun olan hemşirelerin moti-

**TABLO VII**

**Hemşirelerin servis içindeki diğer ekip üyelerinden memnun olma durumlarına ve emekli olma isteklerine göre motivasyon puan ortalamalarının dağılımı**

Değişken			İçsel	Dışsal	İçgüdüsel	Hedefsel	Araçsal	Toplam
	Sayı	Yüzde	faktörler	faktörler	faktörler	faktörler	faktörler	motivasyon
Servisteki diğer ekip üyelerinden memnun olma			X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet	13	43.3	46.69±6.72	20.76±8.07	14.00±5.58	21.69±7.28	12.15±7.30	115.33±24.87
Hayır	3	10.0	39.33±10.26	15.33±11.15	18.00±8.71	29.66±4.93	12.66±1.52	115.00±11.13
Bazen	14	46.7	45.85±4.88	17.71±7.55	13.57±6.59	21.71±5.28	11.78±6.14	109.92±20.88
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Kruskal Wallis testi			KW=1.93 p=0.38	KW=1.90 p=0.38	KW=1.21 p=0.54	KW=4.19 p=0.12	KW=0.37 p=0.82	KW=1.15 p=0.56
Emekli olma isteği			X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet	14	46.7	47.00±4.85	19.06±7.93	14.93±6.06	23.62±5.35	11.62±6.04	116.25±19.00
Hayır	16	53.3	43.92±7.71	18.50±8.45	13.35±6.62	21.21±7.57	12.50±6.69	108.78±24.37
<i>Toplam</i>	30	100	45.56±6.42	18.80±8.04	14.26±6.27	22.50±6.48	12.03±6.26	112.76±21.62
Mann-Whitney U-testi			U=81.50 p=0.20	U=104.50 p=0.75	U=89.00 p=0.33	U=99.00 p=0.55	U=105.00 p=0.77	U=88.50 p=0.32



vasyon düzeyleri memnun olmayanlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlara göre, servis içindeki diğer ekip üyeleriyle kurulan uyumlu ilişki ve iletişimin motivasyonu artırdığı düşünülebilir.

Hemşirelerin çoğunluğu hemen emekli olmak istememektedir. Emekli olmak isteyen hemşirelerin motivasyon düzeyleri ise emekli olmak istemeyenlere göre daha yüksektir. Ökdemir'in<sup>[17]</sup> çalışmasında ise, hemşirelerin yarıdan çoğunun hemen emekli olmak istediği sonucuna ulaşılmış olup, çalışmamızla paralellik göstermemektedir.

### ÖNERİLER

Çalışma sonuçları doğrultusunda yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin motivasyonlarını sağlamak için çeşitli önlemler önerilebilir:

- Kurumsal olarak motivasyonu artıran stratejilerin geliştirilmesi.

- Hemşirelerin çalıştıkları ortamda etkin bir ekip anlayışının geliştirilmesi.

- Rahat bir çalışma ortamı sağlanması ve ortamın fiziki durumunun geliştirilmesi.

- Çeşitli ödüllerle (maaş ve yükselme) motivasyonun artırılması.

- Eğitim kurumlarında hemşirelik mesleğinin tanıtımına yönelik çalışmaların artırılması.

- Hemşirelere mesleklerini daha fazla sevdirmeye yönelik girişimlerin planlanması.

- Yoğun bakım servisindeki hemşire sayısı ve malzeme miktarının artırılması.

- Yoğun bakımda çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi.

- Kurumun hemşirelere sunduğu özlük haklarının artırılması.

Tüm bu olanakların sağlanması yolu ile, hemşirelerin mesleklerine daha fazla önem verecekleri ve böylece sundukları hizmetin daha kaliteli olmasına olanak sağlanacağı düşünülmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Özer M, Bakır B. Sağlık Personelinin Motivasyonuyla İlgili Etmenlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45:117-22.
2. Anık C. Siyasal ikna. Ankara: Vadi Yayınları; 2000.
3. Anık İA. Motivasyon ve heyecana giriş. İstanbul: Çantay Kitabevi; 1996.
4. Baysal AÇ, Tekarslan E. İşletmeciler için davranış bilimleri. İstanbul: Avcıol Basım Yayın; 1996.
5. Öztabağ L. Yeni psikoloji. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1993.
6. Sarı P. Bir Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin motivasyonel durumlarının incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1994.
7. Akkuş P, Aksu D, Budak E, Kılıç E, Kula A, Solmaz Z. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin motivasyonlarını etkileyen etmenler. III. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı; 29-30 Nisan 2004, Edirne, Türkiye. Edirne: Öncü Basımevi; 2004. s. 52.
8. Çelik M. İşletmelerde motivasyon ve moral faktörleri. [Yüksek Lisans Tezi] Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1998.
9. Yozgat O. İşletme yönetimi. İstanbul: Nihat Sayar Yayın ve Yardım Vakfı İşletmesi Yayınları; 1992.
10. Fadiloğlu Ç, Sevim S, Yıldırım KY. Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forum Dergisi* 2004;7:32-36.
11. Suominen T, Leino-Kilpi H, Merja M, Doran DI, Puukka P. Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2001;17:341-7.
12. Dealy MF, Bass M. Professional development: factors that motivate staff. *Nurs Manage* 1995;26:32F-32I.
13. Edwards GB, Farrough M, Gardner M, Harrison D, Sherman M, Simpson S. Unit-based shared governance can work! *Nurs Manage* 1994;25:74-7.
14. Price AM, Chalker M. Our journey with clinical supervision in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2000;16:51-5.
15. Öztürk H. Hemşirelerin motivasyon ve performans düzeyleri. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
16. Eren E. Yönetim psikolojisi. 4. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım AŞ; 1993.
17. Ökdemir P, Boyraz Ş. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin motivasyon durumlarının değerlendirilmesi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 2004; 18:63-73.
18. Tummers GE, van Merode GG, Landeweerd JA. The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud* 2002;39:841-55.

## Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalitesi, İş Doymumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Saptanması

Determining the Levels of Life Quality, Job Satisfaction and Burnout of Intensive Care Nurses

Nurgül GÜNGÖR, Nazmiye ÇIRAY, Şirin VATANSEVER, Asiye DURMAZ AKYOL

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):10-18*

**Amaç:** Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik, iş doymumu ve yaşam kalitesi düzeylerini saptamak ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, kesitsel tipte olup, Ege Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden, araştırmaya katılmayı kabul eden 65 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın temelini oluşturan anket formu dört bölümden ve toplam 92 sorudan oluşturuldu. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde WHO-QOL-BREF (TR) ölçeği, üçüncü bölümde Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve dördüncü bölümde Mumford'un iş doymumu ölçeği yer aldı.

**Bulgular:** Hemşirelerin, %55.4'ü 27 yaş ve altı grupta yer alıyordu, %52.3'ü evli, %53.8'inin geliri-giderine denk, %61.5'i lisans mezunu, %52.3'ü beş yıl ve üzeri süredir meslekte görev yapmakta, %43,1'i dahiliye yoğun bakımda, %81.5'i bu klinikte üç yıl ve altı süredir çalışmaktaydı. Hemşirelerin %53.8'i daha önce üniversite hastanesinde çalışmış ve %63.6'sı bu kurumda üç yıl ve altı süre çalışmıştı.

**Sonuç:** Hemşirelerin bazı sosyo-ekonomik özelliklerinin yaşam kalitesi, tükenmişlik, iş doymumu ölçek puanlarını etkilediği saptandı.

**Anahtar Sözcükler:** Çalışan tükenmişliği; yoğun bakım ünitesi; iş doymumu; hemşirelik; yaşam kalitesi.

**Objectives:** This study was planned to assess the levels of life quality, job satisfaction and burnout and to determine the factors that may affect these features, in nurses working in intensive-care units.

**Material and Method:** This cross-sectional study was conducted among 65 intensive care nurses working in Ege and Celal Bayar university hospitals who accepted to participate. The inquiry form on which the study was based, was composed of four parts and 92 questions. The first part comprised socio-economic features, the second part included the WHOQOL- Bref (TR), a short form of life quality scale, the third part comprised the Maslach Burnout Syndrome Scale and in the fourth part, the Mumford job satisfaction scale was included.

**Results:** Among the nurses, 55.7% were <27 years of age, 52.3% were married, 61.5% were university graduates, 52.3% had been in the profession for more than five years, 53.8% stated that their incomes and expenditures were in balance. Those working in the internal intensive care unit were 43.1%, 53.8% had previously worked in a university hospital and 63.6% had worked for three years or less in their previous jobs.

**Conclusion:** It was concluded that some of the socio-economic features affected quality of life, burnout and job satisfaction scale points of the nurses.

**Key Words:** Burnout, professional; intensive care units; job satisfaction; nursing; quality of life.

(Güngör, Araşt. Gör.) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Manisa; (Çıray, Araşt. Gör.) Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, İzmir; (Vatansever, Yüksek Lisans Öğr.) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir; (Akyol, Yrd. Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İletişim adresi: Nurgül Güngör, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Şehitler Mah., İstasyon Mevkii, 45020 Manisa.  
Tel: 0236 - 239 13 18 Faks: 0236 - 232 00 58 e-posta: nurgulgungor2004@yahoo.com

Yaşam kalitesi, kişisel ve toplumsal ölçütlerle, bireyin kişi-çevre sisteminde gerçekleşen çok yönlü bir değerlendirmedir.<sup>[1,2]</sup> Yaşam kalitesi, objektif ve subjektif değerlendirmelerin bir bütünüdür,<sup>[3,4]</sup> bireysel iyilik durumunun bir anlamıdır ve yaşamın çeşitli yanlarına ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Bireyin sağlıklı olması fiziksel, psikolojik, ekonomik sorunlarının olmaması, ailesi ve çevresi ile iyi ilişkiler içinde olması özel yaşamından ve iş yaşamından memnun olduğunu başka bir deyişle yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir.<sup>[5-8]</sup> Birey yaşamsal (sosyo-demografik) özellikleri ve yaşayış tarzı doğrultusunda bazı beklentilere sahiptir ve bu beklentiler doğrultusunda yaşamını şekillendirir, gereksinimlerini belirler. Toplumsal yaşamın en önemli parçalarından olan çalışma yaşamı da sağlığı etkileyen öğelerden biridir.<sup>[9]</sup>

İş doyumunu, işe yönelmeyi sağlayan olumlu etki olarak tanımlanmaktadır. İş doyumunu diğer adıyla mesleki doyum, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir. Özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkilenen ve sürekli özveri gerektiren hekimlik ve hemşirelik gibi mesleklerde iş doyumunu büyük önem taşımaktadır.<sup>[10]</sup> İş doyumunu, çeşitli tanımlar ve kavramlar ile ilişkilendirilen çok yönlü bir yapıya sahiptir. Araştırmacılar arasındaki ortak görüş; iş doyumunu davranışlarının nasıl ölçülebileceği ve hangi faktörlerin göz önüne alınacağı hakkında hemfikir olmadıkça, iş ile ilgili olumlu bir davranış meydana gelmeyeceği yönündedir.<sup>[11,12]</sup>

Yoğun Bakım gibi stresli ve iş yükünün çok olduğu, durumu ağır olan hastalarla çalışan yoğun bakım hemşireleri, yaşadığı stresle etkin yollarla baş edemediklerinden, sonuçta bir mesleki tükenmişlik sorunu yaşayabilmektedirler. "Tükenme" (Burnout) terimi ilk kez 1974'te Freudenberger tarafından kullanılmıştır. Daha sonra Maslach (1976) tarafından kişinin işinin özgün anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenmiyor olması şeklinde tanımlanmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ve işe, yaşama ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme sendromudur.<sup>[13]</sup>

Maslach ve Jackson (1986) tükenmişlik kavramının içe vuruk tanımını yaparken duygusal

tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğine ilişkin duyguları sınıfladıkları üç ayrı kategori ortaya koymuşlardır.<sup>[14-21]</sup> Duygusal tükenme; kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır.

Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, bu kişilerin kendilerine özgü birer birey olduklarını dikkate almaksızın, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir.

Kişisel başarı ise sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanır.<sup>[22]</sup> Farklı alanlarda çalışan profesyoneller işlerinde yaşadıkları streslere çeşitli tepkiler verebilmektedirler. Bu tepkiler başlıca üç grupta toplanabilir.

- 1- İşe ilişkin stres
- 2- İşe ilişkin bıkkınlık
- 3- Tükenme

İşe ilişkin stres ve bıkkınlık her türlü meslekte görülebilmektedir. Ancak tükenme kavramının, yorgunluk (fatigue) ya da yıpranmadan (wearing down) ve iş doyumsuzluğundan farklı olduğu deneysel yollarla gösterilmiştir.<sup>[15,22,23]</sup>

Tükenmişlik üzerinde çalışan araştırmacılar, tükenmişliğin daha çok insanlarla yüz yüze ilişkiler gerektiren mesleklerde görülen bir olgu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu nedenle sağlık personeli, tükenmişlik düzeyleri yönünden en fazla incelenen meslekler arasındadır. Tükenmişliği hazırlayan etkenlerin en önemlileri arasında ilk grupta çalışma ortamıyla ilgili etkenler (aşırı iş yükü, çalışma ortamındaki ilişkiler, rol çatışması ve rol belirsizliği, çalışma süresi, meslektaşlarla ilişkiler vb.) ikinci grupta ise demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, kişilik ve beklentiler vb.) yer aldığı bildirilmiştir.<sup>[23]</sup>

Tükenmişlik düzeyi arttıkça içe kapanma, sabırsızlık, hoşgörüsüzlük eğilimlerinin arttığı, iş ortamından uzaklaşmak için yemek ve dinlenme aralarını uzatma girişimlerine rastlandığı, mesleki kimlikle ailede üstlenilen roller arasında ayırım yapma gücünü çeken çalışanların, aile bireyleriyle ilişkilerinde çalışma ortamında davrandıkları gibi mesafeli ve duyarsız hareket ettikleri, böylece hem iş hem de aile çevresinde ilişkilerinin giderek bozulmakta olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>[23]</sup> Bu

çalışma, yoğun bakım ünitelerinde, çalışan yoğun bakım hemşirelerinin hem iş hem de özel yaşamlarını etkileyecek olan, tükenmişlik, iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerini saptamak ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, kesitsel tipte olup, Ege Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 65 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın temelini oluşturan anket formu dört bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde araştırma kapsamına giren sağlık personelinin sosyo-ekonomik özellikleri; çalışanların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma süresi, eğitim durumu, daha önce çalıştığı kurumdaki çalışma süreleri bağımsız değişkenleri yer alıyordu.

İkinci bölümde orijinali Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğinin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış kısa formu yer aldı.<sup>[24]</sup> WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinden elde edilen sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirleyen bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevresel alan ve ulusal soru eklenmiş çevresel alan puanları bağımlı değişkeni oluşturdu. Bu çalışmada kullanılan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu olan WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 formu içinden seçilen 26 soruyu kapsıyordu. Türk toplumu ile ilgili olarak geliştirilmiş olan 27. sorunun (sosyal baskı) eklenmesi ile hesaplanan beşinci alan olan "çevre TR puanı" da ayrıca hesaplandı. Her bir soru Türk toplumu için geliştirilmiş 5'li (1-5) Likert yanıt ölçeği ile puanlandırıldı. Ölçeğin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen ölçeğin değerlendirilmesine yardımcı Syntax değerlendirme dosyası kullanıldı. Ölçeğin alt alanlarında alınan puan yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı kabul edildi.

Üçüncü bölümde Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ); toplam 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişliği: duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenme boyutunda dokuz madde, duyarsızlaşma boyutunda beş madde ve kişisel başarı boyutunda sekiz madde yer almaktadır. Duygusal tü-

kenme ve duyarsızlaşma ile ilgili ifadeler olumsuz, kişisel başarı ile ilgili olanlar olumlu ifadelerdir. Ölçekte her bir madde hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman şeklinde beşli bir dereceleme ile yanıtlandırılmaktadır.<sup>[22]</sup>

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde her alt ölçeğin değerlendirmesi ayrı ayrı yapılmaktadır. Ölçekte her bir madde kişilerin ruh durumlarının ifadesinde, yaşanan duygunun hangi sıklıkta meydana geldiğini belirten; duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları, her bir madde için hiçbir zaman (0), yılda birkaç kez ya da daha az (1), ayda birkaç kez ya da daha az (2), ayda birkaç kez (3), haftada bir kez (4), haftada birkaç kez (5), her gün (6) olmak üzere altılı bir dereceleme ile yanıtlandırılmaktadır. Kişisel başarı alt ölçek puanı ise bunun tersi olacak şekilde değerlendirilmektedir. Değerlendirmede, duygusal tükenme; 27 puan ve üzeri yüksek, 17-26 puan orta, 0-16 puan düşük olarak, duyarsızlaşma; 13 puan ve üzeri yüksek, 7-12 puan orta, 0-6 puan düşük olarak, kişisel başarı; 0-31 puan yüksek, 32-38 puan orta, 39 puan ve üzeri düşük olarak değerlendirildi. Böylece, alt ölçeklerden alınan puan yükseldikçe tükenmişliğin arttığı kabul edildi.<sup>[22,23]</sup>

Dördüncü bölümde Mumford'un iş doyumu ölçeği yer almaktaydı (1986). Mumford, iş doyumunu "bir kişinin işinde neye sahip olduğu ile ideal olarak neye sahip olmak istediği arasında iyi bir denge olarak tanımlamış ve gereksinimleri üç alan üzerinde odaklandırmıştır:

- 1- Kişilik ile ilgili olanlar.
- 2- Uzmanlıkla ilgili olanlar.
- 3- Çalışanları değerlendirme ile ilgili olanlar.

Anket formunun analizi üç bölümde yapıldı:

1- Formun sol tarafındaki sütunda üç rakam kullanılarak (1), (2), ve (3) değişkenlerinden biri seçilerek değerlendirme yapıldığında, "+" sütunu tercihi (1) olan kişiler içindir ve doyumlu olduklarını göstermektedir. "0" sütunu tercihi (2) olan kişileri ve bu kişilerin bazen doyumlu bazen doyumsuz olduklarını göstermektedir. "-" sütunu ise tercihi (3) olan kişileri ve bu kişilerin işlerinde doyumsuz olduklarını göstermektedir.

2- Formun sağ tarafındaki iki sütun, iş boyutlarına ait daha fazla ya da daha az istek durumlarını belirtmektedir.

3- İş boyutları ile ilgili görüşlerini belirlemek için yöneltilen açık uçlu sorularda; daha fazla veya daha az isteklere ilişkin öneriler istenmektedir.<sup>[25]</sup>

Anket formunun Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Olgun<sup>[25]</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçek bilgi ve beceri kullanımı, rekabet, sorumluluk, başarı duygusu, insanlarla tanışma-arkadaşlık, kaynak bulabilme, iş kontrolü, hastaya ait hedefler, iş yükü, inisiyatif kullanımı, karar verme-yargılama, işin sonucunu görme, işi sevme olmak üzere 13 bölümden oluşmaktadır ve güvenilirlik katsayılarını 0.58-0.89 arasında bildirmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, doyumlu olduklarını işaretledikleri seçeneklere 1 puan, kararsızlara 0 puan, doyumsuzlara -1 puan verilerek ve bu puanlar alt alanlara göre toplanarak puanlar elde edildi. Alt ölçeklerden alınan puan yükseldikçe iş doyumunun arttığı kabul edildi.

Verilerin analizi SPSS 11.0 paket programında yapıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde, sayı-yüzde dağılımı, ortalama değerleri, tek değişkenli analizlerde t-testi, Mann-Whitney U-testi, Kruskal Wallis, ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde korelasyon, ileri analizlerde multipl lineer regresyon analizleri kullanıldı.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %55.4'ü 27 yaş ve altı grupta yer almaktaydı, %52.3'ü evli, %53.8'inin geliri-giderine denk, %61.5'i lisans mezunu, %52.3'ü beş yıl ve üzeri süredir meslekte görev yapmaktaydı, %43.1'i dahiliye yoğun bakımda, %81.5'i bu klinikte üç yıl ve altı süredir çalışmaktaydı. Hemşirelerin %53.8'i daha önce üniversite hastanesinde çalışmış ve %63.6'sı bu kurumda üç yıl ve altı süre çalışmıştı.

Hemşirelerin iş doyumunu ölçeği alt alanlarından aldıkları ortalama puanlara baktığımızda, en yüksek iş doyumunu alt alanı ortalama puanını 7.17±1.38 puan ile işi sevme alanından almışlardır (Tablo I).

Tükenmişlik ölçeği alt alanlarından alınan ortalama puanlar incelendiğinde, en yüksek puan 27.46±8.61 ile duygusal tükenme alanından alınmıştır (Tablo I). Çam ve Baysal<sup>[26]</sup> (1997)

tarafından hemşirelerle yapılan çalışmada, duygusal tükenme puan ortalaması 26.81±10.5, duyarsızlaşma puan ortalaması ise 6.95±6.3 ve kişisel başarı puan ortalaması ise 35.32±8.2 olarak belirlenmiştir. Çam ve Baysal'ın<sup>[26]</sup> psikiyatrist ve psikologlarla yaptıkları çalışmada, duygusal tükenme puan ortalaması 17.78±8.8, duyarsızlaşma puan ortalaması ise 4.16±3.9 ve kişisel başarı puan ortalaması ise 34.21±6.8 olarak saptanmıştır. Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının diğer iki çalışmadaki puan ortalamalarından yüksek olduğu, buna karşın kişisel başarı puanlarının diğer iki çalışmadaki puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak, hemşirelerin, yorucu ve yıpratıcı bir ortam olan yoğun bakım ünitesinde çalışmalarının tükenmişlik düzeylerini artırabileceğini söyleyebiliriz.

**TABLO I**

**Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumunu, tükenmişlik ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt alanlarının ortalama puanları**

	Min.	Max.	Ort.±SS
<b>İş doyumunu ölçeği alanları</b>			
Bilgi-Beceri	5	9	6.30±0.82
Rekabet	2	5	3.70±0.84
Sorumluluk	2	4	3.11±0.55
Başarı	1	3	1.73±0.50
İnsanlarla tanışma	2	5	3.21±0.86
Kaynak bulma	1	3	2.36±0.69
İş kontrolü	3	8	5.92±1.05
Hastayla ilgili hedefler	2	5	2.76±0.82
İş yükü	2	5	3.44±0.72
İnisiyatif	2	13	3.66±1.37
Karar verme	2	5	3.41±0.72
İşin sonucunu görme	2	5	2.92±0.75
İş sevme	4	11	7.17±1.38
<b>Tükenmişlik ölçeği alanları</b>			
Duygusal tükenme	5	48	27.46±8.61
Duyarsızlaşma	2	24	15.68±5.18
Kişisel başarı	6	35	22.62±8.02
<b>Yaşam kalitesi alanları</b>			
Fiziksel alan	9.14	18.29	13.21±2.02
Ruhsal alan	8.67	18.00	13.15±2.16
Sosyal alan	6.67	18.67	13.31±2.66
Çevresel alan	5.00	19.50	12.52±2.21
Çevresel alan TR	5.78	18.22	12.67±2.08

Yaşam kalitesi ölçeği alanlarından alınan puanlar incelendiğinde, fiziksel alandan 13.21±2.02, ruhsal alandan 13.15±2.16, sosyal alandan 13.31±2.66, çevresel alandan 12.52±2.21 ve çevresel alan TR'den 12.67±2.08 puan alınmıştır. Hemşireler en yüksek puanı bedensel alandan almışlardır (Tablo I).

Dünyanın değişik kentlerinde 15 merkezde yapılan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL global) araştırması sonuçlarına göre yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları ortalamaları ise sırasıyla 13.4, 14.0, 14.1 ve 13.5 olarak bulunmuştur.<sup>[27]</sup> WHOQOL-BREF Hong Kong Çin versiyonu çalışmalarında sağlıklı bireylerde yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan ortalamaları sırasıyla 15.8, 14.6, 14.2 ve 13.7 olarak bulunmuştur.<sup>[28]</sup> Manisa'da çalışan sağlıklı ebe-hemşireler üzerinde yapılan yaşam kalitesi araştırması so-

nuçlarında ise bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ulusal soru eklenmiş çevresel alan puan ortalamaları sırasıyla 15.0, 14.5, 14.8, 13.1 ve 13.3 olarak saptanmıştır.<sup>[29]</sup> Manisa'da ve dünyada yapılan çalışma sonuçları ile bizim araştırma sonuçlarımız karşılaştırıldığında yaşam kalitesi alan puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo II'de yoğun bakım hemşirelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Gelir-giderine denk olanların yaşam kalitesi sosyal alan puanlarının, geliri giderinden az olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Manisa il merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan yaşam kalitesi çalışmasında (2004), geliri giderine denk ve fazla olanların yaşam kalitesi fiziksel, çevre ve çevre-TR alan puanlarının artmış olduğu saptanmıştır.<sup>[29]</sup> Çalışmamızda da tüm yaşam kalitesi alanların-

TABLO II

Yoğun bakım hemşirelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişki

Yaşam kalitesi alanları	Gelir durumu	Sayı	Ort.±SS	t	p*
Sosyal	Gelir-Giderden az	30	12.57±2.41	-2.117	0.03
	Gelir-Gidere denk	35	13.94±2.73		
Yaşam kalitesi alanları	Meslekteki görev süresi	Sayı	Ort.±SS	z	p**
Çevre	4 yıl ve altı	31	11.87±2.41	-2.07	0.03
	5 yıl ve üzeri	32	13.04±1.86		
Yaşam kalitesi alanları	Daha önce çalıştıkları kurumdaki görev süresi	Sayı	Ort.±SS	z	p**
Fizik	3 yıl ve altı	21	12.65±1.78	-1.94	0.05
	4 yıl ve üzeri	12	14.00±2.41		
Sosyal	3 yıl ve altı	21	12.38±2.95	-2.15	0.03
	4 yıl ve üzeri	12	14.66±2.41		
Yaşam kalitesi alanları	Çalıştıkları klinikler	Sayı	Ki-kare	df	p***
Fizik	Dahiliye yoğun bakım	28	7.82	3	0.05*
	Nöroloji yoğun bakım	9			
	Gastroloji yoğun bakım	5			
	Koroner yoğun bakım	23			
Yaşam kalitesi alanları	Mezun oldukları okul	Sayı	Ki-kare	df	p***
Fizik	Sağlık Meslek Lisesi	19	12.74	2	0.00*
	Ön Lisans	6			
	Lisans	40			

\*t-testi p<0.05 düzeyinde anlamlıdır; \*\*Mann-Whitney U-testi p<0.05 düzeyinde anlamlıdır; \*\*\*Kruskal Wallis testi p<0.05 düzeyinde anlamlıdır.

da geliri-gidere denk olanların ortalama puanlarının geliri-giderinden az olanlardan yüksek olduğu fakat anlamlı farkın sosyal alanda olduğu görülmektedir. Bu anlamda her iki çalışma sonucu birbirine benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerden, meslekteki görev süresi beş yıl ve üzeri olanların yaşam kalitesi çevresel alan puanlarının dört yıl ve altı olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Manisa il merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan yaşam kalitesi çalışmasında, dokuz yıl ve daha kısa süre çalışanların sosyal alan puanlarının, 10 yıl üzeri çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>[29]</sup> Çalışmamızın sonucu ile Manisa sonuçları karşılaştırıldığında, çalışmamızda çalışma süresi kıaldıkça yaşam kalitesi alanlarının ortalama puanlarının arttığı görülmekte ve bu anlamda iki çalışma arasında önemli bir farklılık bulunmaktadır.

Hemşirelerin daha önce çalıştıkları kurumda dört yıl ve üzeri süre çalışmış olmaları ile yaşam kalitesi fiziksel ve sosyal alan puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Yoğun bakım hemşirelerinin, yaşam kalitesi fiziksel alan puanları ile çalıştıkları klinikler arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Yoğun bakım hemşirelerinin, lisans mezunu olmaları ile yaşam kalitesi fiziksel alan puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır

( $p<0.01$ ). Ankara'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan yaşam kalitesi çalışmasında (2002) ön lisans mezunu olanların fiziksel alan ortalama puanlarının lisans mezunu olanlardan daha düşük olduğu görülmüştür.<sup>[30]</sup> Her iki çalışma arasında benzerlik bulunmaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin, 27 yaş ve üzeri grupta olmalarının iş doyumu ölçeği rekabet ve insanlarla tanışma alan puanlarını artırdığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo III). Yapılan araştırmalarda, yaş arttıkça iş doyumunun arttığı bildirilmiştir.<sup>[31]</sup> Çalışmamızın bu sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Lisans mezunu hemşirelerin, iş doyumu ölçeği iş yükü ve işi sevme alt alan puanlarının ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo III). Yapılan bir çok çalışmada eğitim düzeyinin artmasının iş doyumunu artıracağı belirtilmekle birlikte, Aştı (1993), Dinç, Sever (1997) ve Aksayan'ın (1990) çalışmalarında eğitim düzeyinin iş doyumunu etkilemediği bulunmuştur.<sup>[31]</sup> Çetinkaya ve Özbaşaran'ın<sup>[32]</sup> Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları iş doyumunu çalışmasında, lisans mezunu hemşirelerin, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerden iş kontrolü alanında daha yüksek puan aldıkları ve daha istekli oldukları saptanmıştır. Araştırmamızda ise hemşirelerin eğitim durumları ile iş kontrolü alanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

**TABLO III**

**Yoğun bakım hemşirelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri ile iş doyumu ölçeği alanları arasındaki ilişki**

İş doyumu ölçeği alanları	Yaş grupları	Sayı	Ort.±SS	z	p*
Rekabet	27 yaş ve altı	33	3.52±0.81	-2.00	0.04
	28 yaş ve üzeri	27	3.93±0.84		
İnsanlarla tanışma	27 yaş ve altı	33	3.00±0.66	-2.06	0.03
	28 yaş ve üzeri	27	3.48±1.01		
İş doyumu ölçeği alanları	Mezun oldukları okul	Sayı	Ki-kare	df	p**
İş yükü	Sağlık Meslek Lisesi	18	6.41	2	0.04*
	Ön Lisans	4			
	Lisans	38			
İş sevme	Sağlık Meslek Lisesi	18	7.49	2	0.02*
	Ön Lisans	4			
	Lisans	38			

\* Mann-Whitney U-testi  $p<0.05$  düzeyinde anlamlıdır; \*\*Kruskal Wallis testi  $p<0.05$  düzeyinde anlamlıdır.

Yoğun bakım hemşirelerinin, geliri-giderinden az olanların duygusal tükenme puanlarının geliri-giderine denk olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo IV). Yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin tükenmişlik düzeyini artırdığı saptanmıştır.<sup>[23,33,34]</sup> Meslekteki görev süresi dört yıl ve altı olan yoğun bakım hemşirelerinin, kişisel başarı alan puanlarının beş yıl ve üzeri süre çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ) (Tablo IV). Yapılan çalışmalar, işe yeni başlayanlarda tükenmişlik sendromunun daha fazla yaşandığını göstermektedir.<sup>[23,33,34]</sup> Lisans mezunu hemşirelerin, kişisel başarı puanlarının ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ) (Tablo IV). Manisa'da sağlık ocağı personeline yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, tükenmişlik düzeyinin azaldığı saptanmıştır.<sup>[34]</sup> Yoğun bakım hemşirelerinden dahiliye yoğun bakım ve koroner yoğun bakımda çalışanların daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları ve buna karşın daha fazla kişisel başarı yaşadıkları görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo IV).

Yaşam kalitesi ve tükenmişlik ölçeklerinin iş doyumunu ölçeceği alan puanları ile ilişkisi araştırıldığında; iş doyumunu ölçeceği kaynak bulma

alanı ile tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alanı ve kişisel başarı alanı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, iş doyumunun bu alanının tükenmişlik düzeyini etkilediği anlaşılmaktadır. Yine iş doyumunu kaynak bulma alanı ile yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, iş doyumunu kaynak bulma alanının yaşam kalitesi alanlarını etkilediği görülmektedir ( $p<0.05$ ).

Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği alanları arasındaki ilişki incelendiğinde, tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alanı ile yaşam kalitesi bedensel, çevre ve çevre-TR ölçekleri arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alanı yaşam kalitesi alanlarını etkilemektedir.

Hemşirelerin yaşam kalitesi bedensel alanı ile yaş grupları arasında ( $R^2=0.206$ ,  $p<0.05$ ), ruhsal ve sosyal alanları ile gelir durumları arasında ( $R^2=0.148$ ,  $p<0.05$  ve  $R^2=0.193$ ,  $p<0.05$ ) ve çevresel alan ile çevresel-TR alanları ile meslekteki görev süresi arasında gerçek anlamda ilişki bulunduğu görülmüştür ( $R^2=0.083$ ,  $p<0.01$  ve  $R^2=0.014$ ,  $p<0.05$ ). Ay ve ark.nın<sup>[34]</sup> Manisa'da

**TABLO IV**

**Yoğun bakım hemşirelerinin bazı sosyo-demografik özellikleri ile tükenmişlik ölçeği alanları arasındaki ilişki**

Tükenmişlik ölçeği	Gelir durumu	Sayı	X	SS	z	p*
Duygusal tükenme	Gelir-giderden az	30	29.23	8.38	-2.00	0.04
	Gelir-gidere denk	35	25.94	8.62		
Tükenmişlik ölçeği	Meslekteki görev süresi	Sayı	X	SS	z	p*
Kişisel başarı	4 yıl ve altı	31	25.45	7.70	-2.56	0.01
	5 yıl ve üzeri	32	20.22	7.65		
Tükenmişlik ölçeği	Cinsiyet	Sayı	Ki-kare	df	p**	
Kişisel başarı	Sağlık Meslek Lisesi	19	10.68	2	0.00	
	Ön Lisans	6				
	Lisans	40				
Tükenmişlik ölçeği	Çalıştıkları klinikler	Sayı	Ki-kare	df	p**	
Kişisel başarı	Dahiliye yoğun bakım	28	9.50	3	0.02	
	Nöroloji yoğun bakım	9				
	Gastroloji yoğun bakım	5				
	Koroner yoğun bakım	23				

\*Mann-Whitney U-testi  $p<0.05$  düzeyinde anlamlıdır; \*\* Kruskal Wallis testi  $p<0.01$  düzeyinde anlamlıdır.



yaptıkları araştırmada, gelir durumu ile bedensel, çevresel ve çevresel-TR alanları üzerinde etkili olduğu, meslekteki görev süresi ile bedensel ve sosyal alan puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda aynı sosyo-demografik özellikler farklı yaşam kalitesi alanlarını etkilemiştir. Çalışma grubunun yoğun bakım koşullarında çalışıyor olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Hemşirelerin tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alanı ile servisteki görevi ve servisteki çalışma süresi arasında ( $R^2=0.05$ ,  $p<0.05$ ) ve kişisel başarı alanı ile meslekteki görev süresi ve daha önce çalıştığı kurumdaki çalışma süresi arasında gerçek anlamda ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $R^2=0.48$ ,  $p<0.00$ ). Ay ve ark.nın<sup>[34]</sup> çalışmasında, sağlık ocağında 1-6 yıl çalışan personelin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları ve daha önce çalıştığı kurumdaki çalışma süresinin de duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Sağlık personelinin daha önce çalıştığı kurumda 1-9 yıl çalışmış olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıkları saptanmıştır. Ay ve ark.nın<sup>[34]</sup> çalışma sonucu ile araştırma sonucu duyarsızlaşma alanında benzerlik göstermektedir.

İş doyumunu ölçeği insanlarla tanışma alanı ile yaş grupları ( $R^2=0.06$ ,  $p<0.05$ ) ve iş kontrolü alanı ile gelir durumu arasında ( $R^2=0.07$ ,  $p<0.05$ ) gerçek anlamda ilişki bulunduğu görülmüştür.

Herzberg<sup>[35]</sup> genç yaşlarda iş doyumunun yüksek, orta yaşlarda düşük, ileri yaşlarda yenden yüksek olabileceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin yaş grubunun genç olması iş doyumunu insanlarla tanışma alanı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Gözüm'ün<sup>[36]</sup> çalışmasında ise hemşire ve ebelerin en az doyum sağladıkları boyutların ücret, yükselme, çalışma ortam ve koşulları olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da hemşirelerin düşük gelir durumunun iş kontrolünü azalttığı anlaşılmaktadır.

Çam ve ark.nın<sup>[37]</sup> bir ruh sağlığı hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerdeki iş doyumunu saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada; cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi ve meslek grubuyla (hekim-hemşire) iş doyumunu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## SONUÇLAR

Çalışmamızın sonucunda, tek değişkenli analizlerden sonra yapılan çok boyutlu ileri analizlerde; hemşirelerin yaşam kalitesi bedensel alanı ile yaş grupları arasında, ruhsal ve sosyal alanları ile gelir durumları arasında ve çevresel alan ile çevresel-TR alanları ile meslekteki görev süresi arasında, tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alanı ile servisteki görevi ve servisteki çalışma süresi arasında ve kişisel başarı alanı ile meslekteki görev süresi ile daha önce çalıştığı kurumdaki çalışma süresi arasında, iş doyumunu ölçeği insanlarla tanışma alanı ile yaş grupları ve iş kontrolü alanı ile gelir durumu arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır.

## ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunabiliriz;

- Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma koşulları iyileştirilmeli, çalışma saatleri ve nöbetleri servis hemşirelerinden farklı olarak düzenlenmelidir.

- Yoğun bakım hemşirelerinin takdir edilme, saygı görme, ödüllendirme gibi geribildirimler almalarını sağlayarak iş doyumlarının artırılması, tükenmişliklerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amacıyla hastane yönetiminden destek alınmalıdır.

- Yoğun bakım hemşireleri, yeni mezun olmuş ve iş deneyimi olmayan hemşirelerden seçilmemelidir.

- Yoğun bakım hemşirelerinin tümünün, yoğun bakım hemşireliği kurslarına katılımı sağlanarak alanlarında uzmanlaşmaları desteklenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Dündar S. Teorik çerçeve içinde yaşamdan duyulan tatmin kavramı. Yönetim - İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi 1993;15:49-54.
2. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE, editors. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. New York: Academic Press; 1991. p. 3-27.
3. Schwartz P. Quality of life in the coming decades, society 1999;36:56-61.
4. Alleyne GA. Health and the quality of life. Rev Panam Salud Publica 2001;9:1-6.
5. Bilge-Dönmez A, Çam O. Bir Psikiyatri kliniğinde

- hasta bakım kalitesinin incelenmesi. I. Uluslararası-VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 29 Ekim-2 Kasım, 2000; Antalya, Türkiye. Antalya; 2000.
6. Buckley TA, Cheng AY, Gomersall CD. Quality of life in long-term survivors of intensive care. *Ann Acad Med Singapore* 2001;30:287-92.
  7. Grimmer K, Moss J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *Int J Qual Health Care* 2001;13:109-16.
  8. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kılıç D, Şahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's caring model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı; 29 Ekim-2 Kasım, 2000; Antalya, Türkiye. Antalya; 2000. s. 488-93.
  9. Ergör A. Birinci basamakta iş doyumunu ve bunu etkileyen etmenler. 1. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı; 5 Nisan, 2003; Manisa, Türkiye. Manisa; 2003. s. 27-33.
  10. Mueller CW, McCloskey JC. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nursing Research* 1990;39:113-17.
  11. Musal B, Ergin S. Pratisyen hekimlerde mesleki doyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Toplum ve Hekim* 1993;(54):22-5.
  12. Cavanagh SJ. Predictors of nursing staff turnover. *J Adv Nurs* 1990;15:373-80.
  13. McCloskey JC. Two requirements for job contentment: autonomy and social integration. *Image. Journal of Nursing Scholarship* 1990;22:140-3.
  14. Serinkan M, Çımrın AH, Ergör A, Cimili C, Bengi F. Tükenme sendromu ve acil servis hekimleri. *Toplum ve Hekim* 2002;17:358-65.
  15. Aslan SH, Aslan RO, Alparslan ZN, Gürkan SB, Ünal M. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997;2:132-6.
  16. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (staff burnout) sendromu. *STED* 2001;10:46-7.
  17. Rowe MM. Hardiness as a stress mediating factor of burnout among healthcare providers. *Am J Health Stud* 1998;14:16-20.
  18. Acker GM. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health Soc Work* 1999;24:112-9.
  19. de Pablo Gonzalez R, Suberviola Gonzalez JF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. *Aten Primaria* 1998;22:580-4. [Abstract]
  20. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993;37:575-81.
  21. Rick J, Briner RB. Psychosocial risk assessment: problems and prospects. *Occup Med (Lond)* 2000; 50:310-4.
  22. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* 1996;4:28-33.
  23. Çimen M. Maslach tükenmişlik ölçeği sağlık personeli Türkiye normlarının silahlı kuvvetler sağlık personeli tükenmişlik puanları ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Toplum ve Hekim* 2002;17:212-6.
  24. What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum* 1996;17:354-6.
  25. Olgun N. Primer hemşirelik yönteminin hasta bakımı ve hemşirelerin iş doyumuna etkisi. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1994.
  26. Çam O, Baysal A. Psikiyatrist ve Psikologlarda tükenmişlik sendromu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1997;13:59-74.
  27. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
  28. Leung KF, Tay M, Chang TBL. Hong Kong Çin versiyonu denemesi. *World Health Organization Quality of Life Measure, Abbreviated version WHOQOL-Bref (HK). Hong Kong Hospital Authority* 1997.
  29. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa il merkezinde sağlık ocaklarında çalışan personelin yaşam kalitesi ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Program ve Özet Kitabı; 8-10 Nisan, 2004; İzmir, Türkiye: İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2004. s. 66.
  30. Kaya M, Piyal B. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi alt alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı; 8-10 Nisan, 2004; İzmir, Türkiye. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2004. s. 61.
  31. Erbil N, Bostan Ö, Ebe ve hemşirelerde iş doyumunu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7:56-66.
  32. Çetinkaya A, Özbaşaran F. Üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;20:57-76.
  33. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması; VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1993. s. 143-55.
  34. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa il merkezi sağlık ocaklarında çalışan personelin sosyo-demografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı; 3-6 Kasım, 2004, Ankara, Türkiye. Ankara; 2004.
  35. Herzberg F. The managerial choice: to be efficient and to be human. Salt Lake City, UT: Olympus Publishing; 1982.
  36. Gözüm S. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerde iş doyumunu, tükenmişlik ve işe devamsızlığı etkileyen faktörlerin araştırılması. Available from: <http://www.atauni.edu.tr/enstitu/saglik/tezler/hemşirelik3.html>.
  37. Çam O, Akgün E, Gümüş Babacan A, Bilge A, Keskin, Ünal G. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005;6:213-20.

## Nöroloji Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan İnmeli Hastalarda Basınç Ülserleri

Pressure Ulcers in Stroke Patients in Neurological Intensive Care Units

**Mukadder MOLLAOĞLU**

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):19-27*

Nöroloji yoğun bakım ünitelerinde yatan inmeli hastalarda basınç ülserleri önemli bir sorundur. Basınç ülserlerinin önlenmesi hemşirelerin sorumluluğu altındadır. Önleme stratejileri risk tanımlama, basıncın etkisini azaltma, beslenme durumunu değerlendirme, hastaları uzun süreli yatma ve oturma pozisyonundan koruma, deri bütünlüğünü sürdürme gibi eylemleri içermektedir. Basınç ülserlerinin tedavi ilkeleri, risk değerlendirme, basınç ve sürtünmeyi azaltma, en üst düzeyde yara bakımı yapma, bakteriyel kontaminasyonu tedavi etme ve beslenme yetersizliğini gidermedir. Bu makale, inmeli hastalardaki basınç ülserlerinde etyolojik faktörler, risk değerlendirmesi, basınç ülserlerinin önlenmesi ve tedavisini irdelemektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yoğun bakım üniteleri; hemşirelik değerlendirmesi; basınç ülserleri/sınıflama/tedavi; risk değerlendirmesi.

Pressure ulcers are an important problem in stroke patients in neurological intensive care units. The prevention of pressure ulcers has been considered as a nursing responsibility. The strategy for prevention includes recognizing the risk, decreasing the effects of pressure, assessing nutritional status, avoiding excessive bed rest and prolonged sitting, and preserving the integrity of the skin. The principles of treatment of pressure ulcers include assessing severity, reducing pressure friction and shear forces, optimizing local wound care, removing necrotic debris, managing bacterial contamination, and correcting nutritional deficits. This article is about etiological factors, risk assessment, prevention, and treatment of pressure ulcers in stroke patients.

**Key Words:** Intensive care units; nursing assessment; pressure ulcers/classification/therapy; risk assessment.

Son yıllarda hasta bakımındaki gelişmelere rağmen, bası yaraları bakımı, tedavisi ve tedavi sonrası rehabilitasyonu zor olan tıbbi sorunların başında gelmektedir. Gelişen teknoloji ve akut posttravmatik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileşmesi yaşam süresinin uzamasını sağlarken, yatağa ve sandalyeye bağımlı nüfusun artması bası yarası oranlarında da artışa neden olmaktadır. Nörolojik bozukluğu olan hastaların bası yarası gelişimi açısından yüksek

risk altında olduğu bilinmektedir.<sup>[1]</sup> Özellikle hareketsiz, duyu fonksiyonları zayıflamış inmeli bireyler için sekonder komplikasyon olan bası yaraları; yüksek morbidite ve mortalitesi ile, hareket yeteneği kalmayan ve yatma, oturma zorunluluğu olan hastalarda bakımı zor ve maliyeti yüksek bir patolojidir.<sup>[2]</sup> Basınç ülserleri tüm dünyada sağlık bakım kurumlarında önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Çünkü basınç ülserleri, bakım ve tedavisinin güç olma-

sı, yara bakımı, debridman, greft işlemi, yara iyileşmesinin uzun sürmesi ve yüksek maliyeti ile önemli bir sorun olma özelliğini sürdürmektedir.<sup>[3,4]</sup> Hastanede kalış süresinin uzamasına, işgücü, aktivite, maliyet kaybına, benlik saygısında azalmaya ve beden değişimlerine yol açabilen bası yaraları, birey ve ülke ekonomisine getirdiği güçlüklerin yanı sıra birey açısından da ağırlı ve sıkıntılı bir bakım sorunu<sup>[5]</sup> olarak hastanın yaşam kalitesini etkilemekte ve sağlık bakım maliyetini artırmaktadır.<sup>[6,7]</sup>

Dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybı bası yarası olarak tanımlanır. Latince yatmak anlamına gelen 'decumbere' sözcüğünden türetilmiş olan dekübitus ülseri ve yatak yarası terimleri de eşanlamlı olarak kullanılmakla beraber, bası yaraları sadece yatan hastalarda değil tekerlekli sandalye ile dolaşabilen hastalarda da gözlemlendiğinden yetersiz kalmaktadır. Bu yaraların gelişmesindeki en önemli etken basınç olduğundan bası yarası terimi en doğru tanımlama olarak kabul edilmektedir.<sup>[8,9]</sup>

Avrupa Basınç Ülserleri Tavsiye Paneli (EPUAP) (1998) basınç ülserini "basınç, friksiyon, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesi" olarak tanımlamıştır.<sup>[10]</sup> Bir başka tanıma göre basınç ülseri, deri ve kas üzerine sürekli basınç uygulanmasına bağlı olarak gelişen yaralanmadır.

Paraplejik ve kuadroplejik hastalarda, görülen duyu kaybı nedeniyle hasta iskemiye bağlı herhangi bir rahatsızlık ve ağrı duymadığı için pozisyon değiştirme gereğini duymaz. Öte yandan medüller lezyonun distalinde kalan kasların paralizisi sonucu ortaya çıkan kuvvet kaybı da hastanın sık sık pozisyon değiştirebilme yeteneğini ortadan kaldırır. Spinal kordun komplet kesilerinde distalde kalan medulla segmenti bir süre sonra lokal refleks aktivitesini yeniden kazanır ve bu refleks aktivite istenmeyen kasılmalara neden olur. Kasılmalar genellikle fleksiyon ve addüksiyon şeklinde kendini gösterir. Böylelikle birbirine yaklaşan her iki alt ekstremitenin birbirleri ile sürekli sürtünmeleri sonucu her iki dizin medial yüzlerinde, iç malleoller üzerinde ve ayak tabanının medial kenarlarında bası yaraları oluşur. Diğer taraftan bu türdeki

kasılmalar sırasında her iki büyük trokanter çıkıntıları da daha belirgin hale gelecek ve hastanın uzun süre yan yatması sonucu trokanterik ülserler de meydana gelebilecektir.<sup>[11,12]</sup>

Son yıllarda yapılan araştırmalar bası yaralarının sıklığının bütün yatan hastalarda %9 kadar olduğunu göstermektedir. Bu rakamların yoğun bakım ünitelerinde %11, kardiyovasküler ünitelerde %41, akut nörolojik hastalarda %27, ortopedik olgularda ise %15'e kadar yükseldiği bildirilmektedir.<sup>[13]</sup> Sağlık bakımına ilişkin kayıt sistemlerini geliştirmiş olan ülkelerde ve kurumlardaki veriler incelendiğinde sorunun boyutları daha net görülebilmektedir. ABD'de her yıl bir milyondan fazla kişide basınç ülserleri geliştiği belirtilmektedir.<sup>[14]</sup> Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli'nin (NPUAP-2001) 1990-2000 yılları arasında yapılmış olan 300 çalışmanın sonuçlarına dayanarak hazırladığı rapora göre, ABD'de basınç ülserlerinin insidansı akut bakım alanlarında %0.4-38, uzun süreli bakım alanlarında %2.2-23.9 ve evde bakımda %0-17'dir.<sup>[15]</sup> Basınç ülserlerinin azaltılması ABD'de 2010 yılında sağlıklı toplum oluşturmaya yönelik girişimlerden biri olarak belirtilmektedir.<sup>[16]</sup>

Ülkemizde yüksek risk taşıyan hasta grubunda bası yaralarının insidansına ilişkin istatistiksel veri azlığı ile birlikte, Kurtuluş ve ark.<sup>[17]</sup> (2002) tarafından nöroloji yoğun bakım ünitesine kabul edilen 105 hastadan, bası yarası olmayan, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ile bası yarası oluşma riski yüksek olarak tanımlanan ve en az dört gün yoğun bakımda izlenen 60 hastayla gerçekleştirilen çalışmada hastaların %18'inde bası yarası geliştiği bildirilmiştir.

Bası yaralarının anatomik lokalizasyonu, önlemeye yönelik girişimlerde bize yardımcı olabileceği için önemlidir. Basiya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, en sık gözlemlendiği bölgeler, sakrum, topuklar, iskiyum ve trokanterlerdir.<sup>[18]</sup> Dansereau ve Conwey<sup>[19]</sup> 2000 olguluk bir incelemede bası yaralarının anatomik dağılımını sırasıyla %28 iskiyal, %19 trokanterik, %17 sakral ve %36 diğer (topuk, malleol, diz gibi) olarak tespit etmişlerdir. Erçöçen ve ark.nun<sup>[20]</sup> 108 olguluk bir çalışmasında ise %47 sakral, %27 trokanterik, %15 iskiyal ve %11 diğer (topuk, malleol, dirsek ve sırt) bölgesinde tespit edilmiştir. Batı toplumlarında iskiyal bası yara-

sının sık görülmesinin nedeni, rehabilitasyon şartlarının daha iyi olması ve hastaların daha çabuk oturur pozisyona gelmesidir.<sup>[14,16]</sup> Bizim toplumumuzda ise düşük eğitim düzeyi ve ekonomik sorunlar gibi nedenlerle rehabilitasyonun ve günlük hayata adaptasyonun daha uzun olmasından dolayı hastalar daha çok sırtüstü ya da lateral pozisyonda zaman geçirmektedir.

## RİSK FAKTÖRLERİ

### Basınç

Yüzyılı aşkın süredir yapılan çalışmalarda en önemli faktörün basınç olduğu belirlenmiştir. Doku üzerine uygulanan herhangi bir basıncın basınç ülserine yol açıp açmaması basıncın yoğunluğu, süresi ve dokunun toleransı ile yakından ilişkilidir. Doku toleransı derinin kendisi üzerine uygulanan basıncı dağıtmasını etkileyen cilt ve destek dokuların bütünlüğünü ifade eder. Dolayısıyla doku toleransını etkileyen tüm faktörler basınç ülserlerinin gelişmesini de etkilemektedir. Herhangi bir vücut bölgesi üzerine dışarıdan uygulanan basınç ortalama 17 mmHg olan fonksiyonel kapiller basıncı aştığı zaman kapiller damarlar kollabe olur ve doku anoksisi gelişir.<sup>[21]</sup> Araştırmacılar dış basıncın miktarı ve süresinin basıncı yaratanı oluşturabilmesi için hangi değerlerde olmasının gerektiğini araştırmışlar ve sonunda süre ile basıncın yoğunluğu arasında ters bir ilişki olduğu yönünde bir diagram elde etmişlerdir. Buna göre düşük basınç uzun sürede, yüksek basınç kısa sürede doku hasarı oluşturur. 500 mmHg'lik bir basıncın iki saat veya 100 mmHg basıncın 10 saat uygulanması, kaslarda nekroz oluşturması için yeterlidir. Ancak deri, farklı bir dayanıklılık göstererek, 600 mmHg değerindeki basıncın 11 saat uygulanması ile nekroze olabilmektedir. Bu da ciltte nekroz oluşmadan cilt altındaki kaslarda nekrozun başlayabileceğini göstermektedir.

Sağlıklı kişilerde farklı pozisyonlarda iken doku üzerine uygulanan basınç genellikle kapiller basıncın üzerinde olduğu halde basınç ülseri oluşmaması, basıncın süresi ile ilişkilidir.<sup>[21]</sup> Çünkü hareket etme ve duyuşsal algılama sorunu olmayan sağlıklı kişiler kapiller kapandığı zaman ortaya çıkan doku hipoksisinin yol açtığı rahatsızlığı hisseder ve pozisyon değiştirerek basıncın başka noktalara dağılmasını sağlar.

*Sürtünme- Sıyırma- Koparma:* İlk kez 1958 yılında tanımlanan yırtılma, yerçekimi ile sürtünme arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır. Friksiyon, friksiyon kuvveti, iskemi oluşturmadan mekanik bir mekanizma ile deri ülserine katkıda bulunan bir faktördür.

Friksiyon, deri ile dış yüzey arasında oluşan "yüzey yoğunluk farkından" doğar. Derinin en dış tabakası stratum korneum friksiyon nedeni ile kaybolur ve ülserasyon hızlanmaya başlar. Ülserasyonu stratum korneum ile bazal tabakanın hücrelerinin birbirinden ayrılması başlatır. Bu kuvvet kaldırılmazsa hiperemiyi, eritrositik, hemorajik ve lökositik evreler takip eder. Bunun sonucunda nekroz gelişebilir.<sup>[14-16]</sup> Deri sürekli olarak vücudu temas ettiği yüzey üzerinde sabit tutmaya çalışır, bununla birlikte yerçekiminin etkisi ile iskelet aşağıya doğru kaymaya eğilimlidir. Bu iki ters kuvvetin arasında gerilen damarlarda yırtılmalar oluşur, doku perfüzyonu bozulur ve doku hasarı gelişir. Deri serbest olarak hareket etmediği için yırtılmanın asıl etkisi kemik çıkıntılarının üzerindeki derin dokularda görülmektedir.<sup>[15,21]</sup> Bu bilgi basınç ülserlerinin sıklıkla kemiklerin çıkıntı yaptığı bölgelerde gelişmesi hipotezi ile de uyumludur. Koparma kuvvetinin (tanjansiyel gücün) basıncın yaralarının oluşumunda ikincil iskemi yapan güç olduğu düşünülmektedir. Koparma kuvveti derinin altından fasyaya kadar uzanan liflerin (fiberlerin) zayıflamasından dolayı dokuların (fasya ile derinin) birbirinden ayrılmasıdır. Bu kayma gücü damarlarda oklüzyona ve sonunda tromboza neden olmaktadır. Tanjansiyel kuvvetin en çok olduğu bölgelerde, deri, deri altındaki fasyadan ayrılıp disseke olur. Deri ve alttaki dokuların damar bağlantıları kesilir, yağlar nekroze olmaya başlar. Basınç ile koparma kuvvetinin arteriyel staza neden olduğu bilinmektedir. Fakat basınç olmaksızın koparma kuvveti nekroz oluşturamamaktadır. Sürekli yatan hastada basınç ve sırtın elevasyonu süresinde ve hastanın itilerek temizlenmesi, bakımı sırasında koparma kuvvetleri maksimum olmaktadır. Çok yaygın kullanılan iki hemşirelik uygulaması sürtünme ve yırtılma ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin, hastanın çarşaf kullanılmadan yatağın başucuna doğru çekilmesi sürtünmeye, yatağın başucunun 30°'den daha fazla yükseltilmesi ise yırtılmaya yol açar.<sup>[21,22]</sup> Yırtılmanın basınç ülserlerinin gelişmesindeki rolünün anlaşılması daha etkili önlemlerin alınmasına ilişkin yeni çalışmaların yapılması, sonucunu doğurmuştur.

### Nem

Nem, bası yaralarının oluşumu için önemli risk faktörlerinden biridir. İdrar inkontinansı nedeniyle paraplejik hastaların ıslak kalmaları sık karşılaşılan bir durumdur. Nem, cildin masere olmasına neden olur ve basıya uğrayan dokularda ülser gelişmesini kolaylaştırır. Nem epidermisin dışsal güçlere karşı direncini etkilemektedir. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma gelişir. İdrar ve dışkısını tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde basınç ülserleri gelişme riski yüksektir.<sup>[15]</sup>

Hastada sfinkter kontrolünün kaybı fekal ve fistül üriner kirlenmeye neden olmaktadır. Bunlarla birlikte ortamda fistül, yara drenajı da varsa nem daha artacaktır. Bu nem artışı maserasyona, selülit ve dokuların bütünlüğünü bozarak enfeksiyonlara neden olur. Rewler'in teorisine göre nem ülserin oluşumunda aktif rol oynar ve ülser riskini beş kat artırır. Ülserin oluşumunda basınç, koparma (shearing) kuvveti, friksiyon, nem gibi dış faktörlerin önemli olmasına rağmen hastanın derisi, destek dokuların durumu, damarlanma ve lenfatik yapıların da önemi vardır.<sup>[23,24]</sup>

### Ödem

Basınç yaralarında enfeksiyonu artıran önemli faktörlerden biridir. Basınç altında ve duysusu olmayan deride kısa sürede ödem gelişir. 12 mmHg değerini aşan basınçlarda venöz genişlemeler olur ve total doku basıncı artar. Basınç devam ettiği sürece arteriyel basınç da artmaktadır. Bu sırada plazma damar yatağından sızıp ödem oluşturur. Sempatik tonus yoksa, kan damarları daha fazla genişler ve ödem daha da artar. Paraplejik hastalarda özellikle erken dönemde yaygın bir doku ödemi gelişir. Kas fonksiyonlarının durmasına bağlı olarak lenfatik akımın bozulması bunun nedenlerinden biridir. Ayrıca basınca bağlı olarak salınan enflamatuvar mediatörler de ödemi artırır. Artmış ödem interstisyel basıncı artırır. Buna eksternal basıncın da eklenmesiyle kapiller kan akımı durur ve iskemik süreç başlar. Ayrıca ödem cilt direncinin sağlanmasında önemli bir madde olan sebum oluşumunu da azaltır.<sup>[16,21,23]</sup>

### Enfeksiyon

Bası yaralarının oluşmasını kolaylaştıran etkenlerden biri de enfeksiyondur. Bakteriyel kir-

lenmenin bası yaralarında kollajenolitik aktiviteyi artırıp deri nekrozunun büyümesine neden olduğu bilinmektedir. Basıncın yüksek olduğu bölgelerde bakterilerin hızla çoğaldığı gözlenmiştir. Örneğin cerrahi insizyon alanlarına basınç uygulanırsa diğer alanlara oranla 100 kat fazla bakteriyel çoğalma görülür. Bunun muhtemel nedeni bozulan lenfatik fonksiyon, nem, iskemi ve bozulmuş immün fonksiyondur. İmmünite bozukluğu DNA sentezinde, interferon yapımında azalma ve lenfoid dokularda atrofi, serum timik hormon aktivitesinin azalması şeklindedir. İmmünglobulinlerde ise artış vardır.<sup>[14,25,26]</sup>

### Obezite-kaşeksi

Bası yarası gelişiminde önemli faktörlerden biri de obezite ve kaşeksi olarak belirlenmiştir. Obez bireylerde yağ dokusunun bir yandan bası noktalarındaki basıyı azaltırken, diğer yandan yağ dokusunun vaskülarizasyonu nedeniyle sürtünmeye karşı toleransının azalması gibi mekanizmalarla bası yarası oluşumunu etkilediği/artırdığı bildirilmektedir.<sup>[1]</sup> Russell'ın<sup>[27]</sup> çalışmasında bası yarası gelişimi ile beden kütle indeksi arasında ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda literatürde zayıf bireylerin daha fazla basıya maruz kaldıkları ve bası yaraları için riskli oldukları bildirilmektedir.<sup>[17,28]</sup>

### Beslenme

Sağlıklı doku, yara iyileşmesi ve immün sistemin güçlü olması için temel besin maddelerinin vücuda alınması gerekir. Yetersiz beslenme literatürde bası yarası gelişiminde risk faktörü olarak yer almış<sup>[29]</sup> ve beslenme yetersizliğinin basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynadığı ve doku iyileşmesini zorlaştırdığı araştırma sonuçları ile gösterilmiştir.<sup>[17,30]</sup> Thomas<sup>[31]</sup> beslenme bozukluğu olan hastaların %17'sinde, beslenme bozukluğu olmayan hastaların ise %9'unda hastaneye yatışlarının dördüncü haftasında basınç ülseri geliştiğini saptamıştır.

### Hastalıklar

Hareket kısıtlılığına yol açan, dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynamaktadır. Örneğin yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olan felçli hastalarda, kalça kırığı gelişen hastalarda basınç ülserleri gelişme riski yüksektir.<sup>[15]</sup> Bunlara ilave olarak, hastanın genel durumunun bozuk olması, negatif azot dengesinin gelişmesi, diyabet ya da bağ dokusu has-

talıkları gibi yara iyileşmesini etkileyen patolojilerin varlığı ve rehabilitasyona başlanmasına engel olabilecek başka yaralanmaların da olması bası yaralarının açılmasını kolaylaştırır. Literatürde diyabeti olanların olmayanlara göre bası yaralarının gelişimi açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir.<sup>[32]</sup>

### Yaş

Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan bazı değişiklikler basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynamaktadır. Çeşitli kaynaklarda bası yarası gelişiminin yaş artışına paralel olarak arttığı, 65 yaş ve üzerinin deri turgorunun bozulması ve kronik hastalıkların daha sık görülmesi nedeniyle riskli olduğu ve ileri yaş grubunda basıya gecikmiş bir hiperemik yanıt oluştuğu bildirilmektedir.<sup>[2]</sup> 1997 yılında yapılan bir araştırmada bası yaralarının yaklaşık %62'sinin 70 yaşın üzerindeki kişilerde görüldüğü vurgulanmıştır.<sup>[33]</sup> Yapılan diğer bir çalışmada 65 yaş üzerinde bası yarası prevalansının %63 olduğu,<sup>[1]</sup> diğer bir çalışmada yaş ilerledikçe bu oranın artarak 70 yaş üzerinde %71'e yükseldiği belirlenmiştir.<sup>[9]</sup> Bası yarasının incelendiği benzer çalışmalarda da yara gelişen olguların yaş ortalamalarının çoğunlukla 65'in üzerinde olduğu, bası yarası gelişiminde 65 yaş altı ile 65 yaş ve üzerindeki gruplar arasında ileri derecede anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır.<sup>[34,35]</sup> Deri perfüzyonu ve deri turgorunda bozulma, kollajen rejenerasyonu, serum albumin düzeyi ve immün cevapta azalma, doku elastikiyeti kaybı, epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıflaması, ve mental durumun bozulması yaşlılarda basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynayan faktörler olarak belirtilmektedir.<sup>[21]</sup>

### Diğer faktörler

Literatürde psikolojik faktörler, sigara içme, kuru cilt, vücut ısısının yükselmesi, kan vizkozitesinin artması, kan basıncının azalması gibi faktörlerle bası yaraları arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.<sup>[14,23]</sup>

## BASI ÜLSERLERİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Basınç ülserleri sağlık bakım sisteminde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınmakta olup, önlenmesi ve tedavisi holistik bakım anlayışına sahip multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu nedenle birçok ülkede ulusal organizasyonlar ve yara bakım ekipleri oluşturulmuş-

tur. Bası yaralarının önlenmesinde en büyük rol, ekibin önemli üyelerinden biri olan ve hastaya kesintisiz bakım hizmeti sunan hemşireye düşmektedir. Önlemede bası yaralarına yol açabilecek karmaşık risk faktörlerinin hemşire tarafından dikkatle değerlendirilmesi ve bu doğrultuda girişimlerin planlanması son derece önemlidir.

### Risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Bası yaralarında en etkin yaklaşım risk altındaki hastaların tanınması ve bası yarası açılmasının önlenmesidir. Önleyici girişim ve tedavi yöntemlerinin başarısı, etyolojik (risk) yöntemlerinin iyice anlaşılması ile mümkün olabilir. Ancak risk faktörlerinin çokluğu ve konu ile ilgili çalışma sonuçlarının birbirinden farklılık göstermesi, bası yaralarının önlenmesi ve tedavisi konusunda tam bir fikir birliği sağlanmasını engellemektedir.<sup>[36,37]</sup> Basınç ülserlerinin prevalans ve insidansını azaltmada en önemli girişim risk faktörlerini belirlemektir.<sup>[6,24,25]</sup> Risk faktörlerinin yönetiminde hemşire, mesleki bilgi ve deneyimlerine dayanarak risk grubunu belirlemek ve risk değerlendirme aracı kullanmak anlayışı doğrultusunda bası ülserlerini değerlendirmelidir. Risk değerlendirme ölçeğinin uygulanma sıklıklarına ilişkin farklı önerilere rastlamak mümkündür.<sup>[23]</sup> Ancak hepsinde ortak olan nokta hasta ile ilk karşılaşıldığında uygulanması, daha sonra ise belirli aralıklarla tekrarlanmasıdır. Ayello ve Braden<sup>[23]</sup> risk değerlendirme ölçeklerinin uygulanmasının hemşirenin çalıştığı alana göre farklılık gösterebileceğini belirtmektedir. Buna göre hemşire; akut bakım ünitesine (yoğun bakım ünitesi gibi) hasta ilk kabul edildiğinde değerlendirme yapmalı, daha sonra her 48 saatte bir ya da hastanın durumu değiştikçe değerlendirmeyi tekrarlamalıdır. Uzun süreli bakım alanlarında (huzurevi gibi), aynı şekilde hasta ilk kabul edildiğinde, daha sonra dört haftada bir değerlendirilmelidir. Dört haftadan sonra değerlendirme ayda bir veya üç ayda bir ya da hastanın durumu değiştikçe yapılmalıdır. Evde bakımda ise, hasta ile ilk karşılaşıldığında, daha sonra ise her ziyarette tekrar değerlendirilmelidir. Literatürde basınç ülserleri riskini değerlendirmeye yönelik 'risk değerlendirme ölçeği' diye adlandırılan ve EPUAP (1998) ve NPUAP (2001) tarafından da kullanılması önerilen değerlendirme aracını görmek mümkündür.<sup>[10,15]</sup> Bu ölçeklerin en çok bilinenleri;

- Norton ölçeği,
- Gosnell ölçeği,
- Braden ölçeği,
- Knoll ölçeği
- Waterlow ölçeğidir.<sup>[3,6,23,25]</sup>

Bunlar arasında Norton ölçeği ile Braden ölçeği yoğun şekilde test edilmiştir.

*Braden Risk Değerlendirme Ölçeği:* Bergstrom ve Braden<sup>[22]</sup> tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye’de ilk güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1997 yılında Oğuz<sup>[38]</sup> tarafından yapılmış; 1998’de Pınar ve Oğuz<sup>[26]</sup> tarafından Norton ve Braden Risk Değerlendirme Ölçekleri’nin tekrar güvenilirlik ve geçerliliği incelenmiş; her iki çalışmada da ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliliği yüksek bulunmuştur. Ölçek uyaranın algılanması, nem, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme ve tahriş olmak üzere altı alt boyut içermektedir. Sürtünme ve tahriş hariç (1-3 puan) her bir değişken 1-4 arasında puanlanmaktadır. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla ölçeğin 6-23 arasında değişen toplam puanı elde edilir. Toplam puanın düşük olması basınç ülseri gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.<sup>[21-23]</sup>

#### **Risk faktörlerinin yönetimi-bası yaralarının önlenmesi**

İyi seçilmiş, planlanmış önleyici girişimler, oluşmuş yaraların bakım ve tedavisinden kolay olup, maliyeti de daha düşüktür. Bası yaralarının önlenmesine yönelik tedbirler ile tedavi harcamalarında %90 oranında azalma sağlanacağı bildirilmektedir. Ancak bası yarası gelişimi açısından risk altındaki bireylerin ve bu bireylerdeki risk faktörlerinin yönetim stratejisinin iyi belirlenemediği durumlarda önleme girişimleri bası yarası tedavi maliyetine eşit ya da daha yüksek olabilmektedir.<sup>[26,37]</sup>

Braden ölçeğinden elde edilen risk puanına göre hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Buna göre;

*1- Sınırdaki riskli:* Hasta Braden ölçeğine göre 15-18 puan almışsa sınırdaki riskli olarak kabul edilir. Hastaların beslenme durumunun düzeltilmesi, anemi tedavisi, spazmın ve kontraktürlerin giderilmesi ile basınç, nem, friksiyon ve yırtılmayı kontrol etme doğrultusunda girişimler planlanmalıdır. Buna göre;

- Hasta yatağa bağımlı ise en az iki saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı ise saat başı pozisyon değiştirilmelidir.

- Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken dik değil 30° yan yatış pozisyonu verilmelidir. Dik yan yatış pozisyonunda torokanterler üzerine basınç bineceğinden basınç ülseri gelişme riski yüksektir.

- Dizlerin ve ayak bileklerinin birbirine sürtünmesini önlemek için bacak araları yastık ya da köpük kenarlıklarla desteklenmelidir.

- Topukların yatağa temas etmesini önlemek için alt bacağın arka alt kısmına (diz altından ayak bileğine kadar) yastık konulmalıdır<sup>[15,39]</sup>

- Basınç ülserlerinin yaygın olduğu vücut bölgeleri, topuklar, sakrum, iskiya tüberositler, torokanter günlük olarak kontrol edilmelidir.

- Nemi kontrol altında tutmak için neme yol açan nedenler belirlenir. Nemlilik terleme, yara drenajı, banyo sonrası ıslak kalma ve fekal ya da üriner inkontinans nedeniyle gelişebilir. İdrar ya da gaitanın ciltle temasını önlemek için bariyer krem ve polimerik cilt koruyucuları kullanılabilir. Ayrıca emici pedler, kondom kateter, fekal ya da üriner kollektörler kullanılarak inkontinansı olan hastanın cildi korunabilir. Aşırı terleme ilaç, enfeksiyonun tedavisi ya da çevre koşullarının düzeltilmesi ile kontrol edilebilir ve hasta veya yakını deri bakımı konusunda eğitilir.

- Yara drenajı varsa uygun pansuman materyalleri ve yara drenaj setlerinin kullanılması ile drenaj kontrol edilebilir.<sup>[15,21,39]</sup>

- Protein-kalori malnütrisyonu ile basınç ülserleri gelişmesi arasında güçlü bir ilişki vardır. Basınç ülseri olan bir hastanın kalori gereksinimi hesaplanırken stres cevap faktörü dikkate alınmalıdır. Diyetisyen ile işbirliği yapılarak risk altında olan hastaların protein ve kalori miktarları artırılmalıdır. Bu hastalara A, C ve E vitamini gibi kollajen sentezini artıran, epiteliyasyonu sağlayan ve immün sistemi güçlendiren vitaminler verilmelidir.<sup>[39]</sup>

- Sürtünme ve yırtılmayı önlemek için hastanın yatağının başucu 30°’den daha fazla yükseltilmemeli, hasta yatak içinde hareket ederken (oturma, yan dönme vb.) trapez kullanılmalıdır.

- Yatağın ayak ucuna doğru kaymış olan bir hastayı yatağın başucuna doğru çekerken mutla-



ka çarşaf kullanılmalıdır. Çok yaygın bir şekilde yapıldığı gibi hasta iki kişi tarafından koltuk altlarından tutularak yukarı doğru çekilmemelidir.

- Hastayı yatak içinde hareket ettirme sırasında dirsek, topuk, sakrum ve kafanın arka kısmını sürtünmeden korunmalıdır.<sup>[8,39]</sup>

2- *Orta derecede riskli:* Hasta Braden ölçeğine göre 13-14 puan almışsa orta derecede riskli olarak değerlendirilir. Sınırdaki riskli hasta için planlanan uygulamalara ek olarak hastaya köpük kenarlıklarla desteklenmiş 30° yan yatış pozisyonu verilir.

3- *Yüksek risk:* Hasta Braden ölçeğine göre 10-12 puan almışsa yüksek derecede riskli olarak kabul edilir. Yukarıdaki uygulamalara ek olarak pozisyon daha sık değiştirilmeli ve 15-20 dakikada bir hafif kıpırdamak gibi küçük vücut hareketleri gerçekleştirilmelidir.

4- *Çok yüksek risk:* Dokuz puan ve altında puan alan hastalar çok yüksek riskli olarak değerlendirilirler. Yüksek risk grubu hastalar için yapılan uygulamalara ek olarak eğer hastanın ağrısı varsa ve hasta hareket ettiğinde ağrısı artıyorsa basıncı rahatlatıcı yatak ya da minderler kullanılmalıdır.

## BASI YARALARININ KLİNİK EVRELENDİRİLMESİ VE TEDAVİ

Bası yaralarında en etkin tedavi risk altındaki hastaların tanınması ve bası yarası açılmasının önlenmesidir. Bası yaraları her ne kadar kronik lezyonlar olarak düşünülse de akut bir başlangıç dönemi vardır. Akut dönemde basıya maruz kalan ciltte kızarıklık gelişir ve bunu sırasıyla endürasyon, bül gelişimi, siyanoz ve doku nekrozu izler. Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli basınç ülserlerini, etkilenen doku tabakalarını dikkate alarak dört evre şeklinde sınıflamıştır.<sup>[8,39]</sup> Hastaya verilecek bakım her bir evreye göre değişiklik göstermektedir.

### Evre I

*Klinik görünüm:*

- Deride basmakla kaybolmayan kızarıklık vardır

- Deri bütünlüğü bozulmamıştır.

*Tedavi:*

- Genellikle kendiliğinden iyileşir.

- Bu evre uyarı olarak algılanmalı ve basıyı azaltmak/ortadan kaldırmak ve kan dolaşımını artırmak için gerekli önlemler (pozisyon değişimi, masaj, havalı yatak kullanma) alınmalıdır.

### Evre II

*Klinik görünüm:*

- Epidermis ve/veya dermisin üst tabakasını etkileyecek şekilde kısmi derinlikte doku kaybı vardır.

- Ülser yüzeyledir.

- Klinik olarak deride sıyrılmama, su toplanması veya derin olmayan çukur şeklinde gözlenir.

*Tedavi:*

- Yara dikkatlice değerlendirilir.

- Nedenler ortadan kaldırılır.

- Yara enfeksiyondan korunur, sistemik enfeksiyon bulgusu yoksa topikal antimikrobik madde, yara iyileşmesini aktive eden maddeler (vitamin, sitokin, büyüme hormonu) kullanılır.

- Yara bölgesi serum fizyolojikle (SF) yıkanır.

- Kendiliğinden ya da yara bölgesinin nemliliğini sağlayan pansumanla iyileşir.<sup>[10]</sup>

### Evre III

*Klinik görünüm:*

- Epidermisten başlayıp üst fasyaya kadar uzanan tüm dokuları içeren tam derinlikte doku kaybı ya da nekroz vardır.

- Basınç ülseri derin çukur şeklindedir.

*Tedavi:*

- Yara dikkatlice değerlendirilir.

- Nekrotik doku debride edilir,

- Enfeksiyon önlenir, gerekirse uygun antibiyotikler, gram negatif, gram pozitif ve anaeroblara karşı kullanılır.

- Yaranın SF'yle irrigasyonu sağlanarak, nemliliğini sürdürücü pansuman uygulanır.<sup>[10]</sup>

- Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır.

- Topikal olarak ülseri cerrahi girişime hazırlamak ya da iyileşmesini sağlamak için antibiyotik içermeyen bileşimler kullanılır. Bunlar hidrojel, hidrokolloid ve alginatlardır. Seçilecek bileşim için en doğru ve pratik kriter yaradaki renk

değişimidir. Siyah skar dokusu varsa hidrojel uygulanıp, transparan film ile kapatılır; yara sarı, ıslak, sızıntılı olursa az miktarda eksüda varsa hidrokolloidler, orta miktarda eksüda varsa hidrojel ve absorban köpükler, çok miktarda eksüda olunca alginat ve amsorban köpük tercih edilmelidir. Yarada renk kırmızı-pembeye dönüşünce hidrokolloidler uygulanmalıdır.<sup>[40]</sup>

- Yaranın kendiliğinden kapanması aylarca süreceği için genellikle cerrahi (kas deri flepleri) müdahale yapılır.

#### Evre IV

##### Klinik görünüm:

- İleri derecede doku harabiyeti ve kaybı vardır.

- Doku kaybı ve nekroz fasyanın altına, kemik dokuya, tendon ve eklem kapsülü gibi destekleyici yapılara kadar ilerlemiştir.

##### Tedavi:

- Yara değerlendirilir,  
- Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır.

- Nekrotik doku debride edilir,

- Enfeksiyon önlenir, antibiyotik kullanımı sistematik olduğu kadar topikal antimikrobial ajanları kapsamalıdır. Antibiyotik tedavisine önce yara biyopsisi ve kültürü ile başlanır. Bu nedenle uygulanan antibiyotikler, gram negatif, gram pozitif ve anaeroblara karşı olmalıdır. Doku kültürlerindeki en yaygın mikroorganizmalar, *staphylococcus*, *streptococcus*, *corynebacterium*, *proteus*, *e. coli*, *pseudomonas*'lardır. Yaranın SF'yle irrigasyonu sağlanarak, nemliliğini sürdürücü pansuman uygulanır. Siyah skar dokusu varsa hidrojel uygulanıp, transparan film ile kapatılır; yara sarı, ıslak, sızıntılı olursa az miktarda eksüda varsa hidrokolloidler, orta miktarda eksüda varsa hidrojel ve absorban köpükler, çok miktarda eksüda olunca alginat ve amsorban köpük tercih edilmelidir.<sup>[40]</sup>

- Kemik dokusu etkilendiği için genellikle debridman radikaldır.

- Cerrahi (flep) müdahale yapılır.

#### KAYNAKLAR

1. Phillips L. Pressure ulcers-prevention and treatment guidelines. Nurs Stand 1999;14:56-8, 60, 62.
2. Franks PJ, Winterburg H, Moffatt C. Quality of life in patients suffering from pressure ulceration: a case

controlled study. Ostomy Wound Manage 1999;45:56.

3. Gould D, Goldstone L, Gammon J, Kelly D, Maidwell A. Establishing the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a novel approach using illustrated patient scenarios. Int J Nurs Stud 2002; 39:215-28.
4. Lapsley HM, Vogels R. Cost and prevention of pressure ulcers in an acute teaching hospital. Int J Qual Health Care 1996;8:61-6.
5. Kanj LF, Wilking SVB, Phillips TJ. Pressure ulcers. J Am Acad Dermatol 1998;38:517-36.
6. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. J Adv Nurs 2002;38:190-9.
7. Meehan M. Beyond the pressure ulcer blame game: reflections for the future. Ostomy Wound Manage 2000;46:46-52.
8. AHCPR. Treatment of Pressure Ulcers Guideline Panel, Clinical Practice Guidelines # X, U.S. Agency for Health Care Policy and Research; 1994.
9. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. Clin Geriatr Med 1997; 13:421-36.
10. EPUAP (homepage on the Internet) (cited 2007 May 5). Pressure ulcer prevention guidelines. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Available from: www.epuap.org/gprevention.html.
11. Özgenel GY, Kahveci R, Akın S, Özbek S, Özcan M. Bası yaralarında tedavi prensiplerimiz ve sonuçlarımız. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 28:27-32.
12. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med 2001; 29:283-90.
13. Granick MS, Long CD, Ramasastry SS. Wound healing. In: Bentz MB, editor. Plastic surgery. 1st ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998; p. 677-94.
14. Mawson AR, Siddiqui FH, Biundo JJ Jr. Enhancing host resistance to pressure ulcers: a new approach to prevention. Prev Med 1993;22:433-50.
15. NPUAP (2001) Pressure Ulcers in America: Prevalence, incidence, and implication for the future. Available from: <http://www.npuap.org/archive/april-01-revised.pdf>
16. US Department of Health and Human Services (USDHHS- 2000) Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington: Government Printing Office; 2000.
17. Kurtuluş Z, Pınar R. Braden Skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albumin düzeyleri ile bası yarası arasındaki ilişki. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;7:1-10.
18. Yücel A. Bası yaraları. In: Aydemir HE, Altındaş M, editörler. Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu. 18-19 Ekim 2001; İstanbul, Türkiye. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Matbaası; 2001. s. 131-50.
19. Dansereau JG, Conway H. Closure of decubiti in paraplegics. Report of 2000 cases. Plast Reconstr Surg 1964;33:474-80.

20. Erçöçen AR, Yılmaz S, Can Z, Emiroğlu M, Yormuk E. Bası yaralarının cerrahi tedavisi: 108 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Plast Cer Derg* 2000;8:82-9.
21. Bryant RA, Shannon ML, Pieper B, Braden BJ, Morris DJ. Pressure ulcers. In: Bryant RA, editor. *Acute and chronic wounds*. 2nd ed. St Louis: Mosby Year Book; 1992. s. 105-47.
22. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res* 1987;36:205-10.
23. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15:125-31.
24. Cox KR, Laird M, Brown JM. Predicting and preventing pressure ulcers in adults. *Nurs Manage* 1998;29:41-5.
25. McNees P, Braden B, Bergstrom N, Ovington L. Beyond risk assessment: elements for pressure ulcer prevention. *Ostomy Wound Manage* 1998;44(3A Suppl):51S-58S.
26. Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden bası yarası değerlendirme ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenilirlik ve geçerliğinin sınanması. *Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*. 14-16 Mayıs, 1998; Ankara, Türkiye. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi; 1998. s. 172-5.
27. Russell L. Malnutrition and pressure ulcers: nutritional assessment tools. *Br J Nurs* 2000;9:194-6.
28. Kernozek TW, Wilder PA, Amundson A, Hummer J. The effects of body mass index on peak seat-interface pressure of institutionalized elderly. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:868-71.
29. Kaplan M. Yara iyileşmesi ve nutrisyon. *Aktüel Tıp Dergisi* 1999;4:57-61.
30. Alaca R, Hazneci B, Göktepe AS, Gündüz Ş, Kalyon TA. Spinal kord hasarlılarda bası yarası gelişimi için risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2001;43:25-9.
31. Thomas DR. Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: a review of the evidence. *Nutrition* 2001;17:121-5.
32. Shats V, Kozacov S. Is diabetes mellitus a risk factor for pressure ulcers? *Harefuah* 1996;131:485-6, 535. [Abstract]
33. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM. Grabb and Smith's plastic surgery. In: Khouri RK, Shaw WW, editors. *Negative pressure dressing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 1031-48.
34. Schumacher R, Eveslage K. Wound care. Pressure gauge. *Nurs Times* 1999;95:71.
35. Williams DF, Stotts NA, Nelson K. Patients with existing pressure ulcers admitted to acute care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2000;27:216-26.
36. Sivrioğlu K, Özcan O. Basınç ülserleri. In: Özcan O, Arpacıoğlu O, Turan B, editörler. *Nörorehabilitasyon*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Matbaası; 2000. s. 276-91.
37. Karadağ A. Basınç ülserleri: Değerlendirme, önleme ve tedavi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;7:41-7.
38. Oğuz S, Olgun N. Braden ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 1998; 1:131-5.
39. Toth EP, Wound Care, [Yayımlanmamış kurs notları] Turnbull RB Jr. School of Enterostomal Therapy/Wound Ostomy Continence Nursing at the Cleveland Clinic Foundation, Cleveland: 7 Temmuz -29 Ağustos 2003.
40. Çizmeci O, Emekli U. Bası yaraları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999;3:50-7.

## Çocukluk Çağında Kardiyolojik İnvaziv Girişimler ve Hemşirelik Bakımı

### Invasive Cardiological Procedures During Childhood and Nursing

Semra ÇELİK, Cenap ZEYBEK

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):28-34*

Çocukluk çağındaki kardiyolojik invaziv girişimler, kateter salonunda uygulanan tanısal ya da tedavi edici işlemler olup, başlangıçta daha çok kardiyak anatomi ve fizyolojinin tanımlanmasında kullanılırken, teknolojik gelişmelere paralel olarak son yıllarda tedavi edici amaçlarla kullanımı önemli ölçüde artmıştır. Çocukluk çağındaki kardiyolojik invaziv girişimler pediatrik kardiyolog, anestezi uzmanı, pediatrik kateter hemşiresi, radyoloji teknisyeni ve yardımcı personelden oluşan bir ekibin uyumlu bir şekilde çalışmasını gerektirmektedir. Ekibin tüm üyeleri pediatrik yaş gurubundaki hastalar konusunda deneyim sahibi olmalıdır. Bu makalede çocuklarda tanı ve tedavi amacıyla yapılan kardiyak invaziv girişimler irdelenmiş ve hemşirelik bakımı açısından dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Kardiyak cerrahi işlemler; yoğun bakım; pediatrik hemşirelik bakımı.

Pediatric invasive cardiological procedures are performed in cath-labs for diagnostic and management purposes. Formerly, they had been used for defining the exact cardiac anatomy and physiology. But recently, by the improvements of medical technology, the usage of these procedures for management purposes have been increasing. Pediatric cardiological invasive procedures should be performed by a team consisting of pediatric cardiologist, anesthesiologist, pediatric catheter nurse, radiology technician and auxiliary staff. All the members of the team should be skilled for management of pediatric patients. In this article, pediatric invasive cardiac procedures for diagnosis and management were pointed out and the issues on nurse caring which needs attention were emphasized.

**Key Words:** Cardiac surgical procedures; critical care; pediatric nursing.

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte doğuştan kalp hastalığı (DKH) olan çocukların çoğunda artık invaziv olmayan tekniklerle güvenli bir şekilde ayrıntılı değerlendirme yapılması mümkün olabilmektedir. Buna rağmen birçok hastada ilave anatomik ve fizyolojik bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumda invaziv bir yöntem olan kalp kateterizasyonu ve anjiyografi devreye girer. Bu yöntemde hastanın femoral

arter ve venine konulan kılıflar yoluyla damar içerisinden ilerletilen kateterlerle kalbin çeşitli bölümlerine rahatça ulaşılabilir. İşlemin invaziv oluşu belirli riskleri de gündeme getirmektedir.

Kalp kateterizasyonu ve anjiyografi işlemi, önceleri kalp ve damarların anatomik ve fizyolojik değerlendirmesi amacıyla kullanılmakta iken, günümüzde doğuştan kalp cerrahisindeki ve kateterizasyon tekniklerindeki gelişmeler so-

nucunda daha çok ameliyat öncesi değerlendirme veya tedavi amacıyla yapılan invaziv bir işlem haline gelmiştir.<sup>[1,2]</sup>

## ÇOCUKLARDAKİ KARDİYAK İNVAZİV GİRİŞİMLERİN ERİŞKİNLERDEKİNDEN FARKLARI<sup>[1-3]</sup>

Kardiyak invaziv girişimler çocuklarda erişkinlerdekinden önemli farklılıklar göstermektedir. Çocuklarda vücut ısısının regülasyonunun sağlanması, hastanın sedatize edilmesi ve hareketsizliğinin temin edilmesi invaziv işlemlerdeki en önemli noktalar. Ayrıca, doğuştan kalp anomalisi olan bebeklerde işlem süresi, anatominin kompleks oluşu nedeniyle uzamakta ve işlem riskinin artmasına neden olmaktadır.

Yenidoğanlarda ve küçük süt çocuklarında invaziv işlemler hemen her zaman genel anestezi altında ve hasta entübe edilerek gerçekleştirilmektedir. İşlem sırasında hastanın tüm hayati fonksiyonları yakından izlenmekte ve işlem sonrası hastalar mutlaka yoğun bakım ünitelerine yatırılarak orada stabilize olana kadar takip edilmektedir. Sedasyon amacıyla çocuklarda genellikle midozalam (Dormicum) ve anestezi ajan olarak ketamin intravenöz yolla uygulanmaktadır.

Kateterizasyon amacıyla femoral ve jugüler yollara ek olarak yenidoğanda hayatın ilk bir haftası içerisinde umbilikal yol da kullanılabilir. Böylece bebeğe ekstra stres yüklenmemiş olur. Göbek bağında bulunan umbilikal venden girilerek, duktus venosus yoluyla inferior vena kava ve oradan sağ atriyum yoluyla kalbe ulaşılır.<sup>[2]</sup>

### 1- Çocuklardaki tanı amaçlı kardiyak invaziv girişimler

Kardiyak patolojisi olan çocuklarda tanı amaçlı birçok yöntem bulunmaktadır. Bunların başlıcaları fizik muayene, elektrokardiyografi, telekardiyografi ve ekokardiyografidir. Çoğu hastada bu yöntemlerle kesin tanı konulabilmekte, ancak bir kısım hastada kesin tanı için invaziv bir işlem olan kalp kateterizasyonu ve anjiyokardiyografi gerekli olmaktadır. Bu yöntem öteden beri çocuklarda başarı ile uygulanmaktadır. Atriyal septal defekt (ASD), ventriküler septal defekt (VSD), atrioventriküler septal defekt (AVSD), patent duktus arteriozus (PDA), Fallot tetralojisi (TOF), aort kapak darlığı, aort

koarktasyonu, sistemik ve pulmoner venöz dönüş anomalileri, pulmoner kapak patolojileri, mitral ve triküspid kapak patolojileri ve kompleks hastalıklarda uygun yerlere yapılacak uygun miktarlardaki kontrast madde enjeksiyonları ile hastalığın anatomisi tam olarak ortaya çıkarılmakta ve intrakardiyak şant miktarının ve basınçların ölçümü ile ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirme eksiksiz olarak yapılabilmektedir.<sup>[1,2]</sup>

### 2- Çocuklardaki tedavi amaçlı invaziv kardiyak girişimler

Son 30-40 yıldır gündeme gelmiş ve pediatrik kardiyoloji pratiğinde devrim sayılabilecek sonuçlar ortaya çıkmıştır.

*a- Balon atriyal septostomi:* Çocuklarda kullanılan en eski kardiyolojik invaziv işlemdir. İlk kez 1967 yılında Rashkind tarafından uygulanmıştır. Transpozisyon, mitral atrezi, intakt ventriküler septumlu pulmoner atrezi ve total anormal pulmoner venöz dönüş gibi atriyal septumda açıklık gerektiren doğuştan kalp hastalığı olan bebeklerde hayatın devamını sağlamak için yapılan bir işlemdir.<sup>[1,2,4]</sup> Septostomi kateteri yenidoğanda umbilikal ven, daha büyük bebeklerde femoral ven yoluyla sağ atriyuma ve oradan sol atriyuma ilerletilerek sol atriyumda şişirilir. Kateter hızla geri çekilerek septumun yırtılması ve gerekli açıklığın sağlanması amaçlanır. Atriyal septum iki aydan büyük bebeklerde sertleştiğinden dolayı septostomi ile yırtılması zor olur. Bu bebeklerde bıçakla septumun kesilmesi esasına dayanan Blade atriyal septostomi ya da septumun balonla gerilmesi esasına dayanan atriyal septoplasti işlemlerinden biri denebilir. Balon atriyal septostomi işlemi acil durumlarda yoğun bakım ünitesinde hasta başında ekokardiyografi rehberliğinde de gerçekleştirilebilir.<sup>[5]</sup>

*b- Pulmoner balon valvüloplasti:* Pediatrik kardiyoloji pratiğinde en sık başvuru olan invaziv işlemlerdendir. Valvüler pulmoner stenoza olan hastalarda etkinliği ve güvenilirliğiyle birinci seçenek tedavi yöntemi haline gelmiştir. Sağ ventrikül ile ana pulmoner arter arasında 50 mmHg'dan daha fazla basınç farkı bulunan pulmoner stenoz olgularında valvüloplasti endikasyonu oluşur. Femoral ven yoluyla sağ atriyum ve sağ ventriküle ulaşıldıktan sonra kılavuz tel yardımıyla pulmoner kapak geçilerek

kılavuz tel pulmoner arterde bırakılır. Böylelikle daha sonra balonun kılavuz tel üzerinden kolayca pulmoner artere ulaşması ve işlem sırasında sabit kalması sağlanır. Uygun boyuttaki balon valvüloplasti kateteri kılavuz tel üzerinden yürütülerek kapak hizasına getirilir ve floroskopi altında şişirilir. İşlem sonrasında basınçlar ve kontrast enjeksiyonu ile kapağın açıklığı kontrol edilir. İşlemin komplikasyonları balon patlaması, sağ ventrikülde ya da pulmoner arterde yırtılma, femoral ven trombozu ve aritmidir, ancak nadiren görülürler. Öte yandan pulmoner stenozun bazı tiplerinde işlem genellikle başarısız olabilmekte ve bu olgular cerrahi olarak tedavi edilmektedir.<sup>[1,2,6]</sup>

*c- Aortik balon valvüloplasti:* Valvüler pulmoner stenozlarda balonla tedavinin başarılı sonuçları ortaya çıkınca valvüler aort stenozunda da aynı yöntem uygulanmaya başlanmıştır. Sol ventrikül ile aorta arasında 50 mmHg'dan daha fazla ortalama basınç farkı bulunan valvüler aort stenozu olgularında valvüloplasti endikasyonu oluşmaktadır. Femoral arter yoluyla asendan aorta ve aort köküne ulaşıldıktan sonra, yapılan kontrast enjeksiyonu ile kapağın durumu ve yetersizlik kontrol edilir ve kapak ile ilgili ölçümler yapılır. Eğer orta dereceden fazla yetersizlik görülürse işleme son verilir, çünkü işlem sonrasında kapaktaki yetersizlik artacaktır ve kısa sürede kapak değişimi gerekli hale gelecektir. Kılavuz tel yardımıyla aort kapağı geçilerek, kılavuz tel sol ventrikülde bırakılır. Uygun ebatları valvüloplasti balon kateteri kılavuz tel üzerinden yürütülerek kapak hizasına getirilir ve floroskopi altında şişirilir. Koroner kanlanmanın bozulmaması için şişirme süresi 10 saniyeyi aşmamalıdır. Kullanılan balon çapı pulmoner anülüs çapına eşit ya da daha küçük olmalıdır. Daha büyük balon kullanıldığında yetersizlik riski fazla olur. İşlem sonrasında basınçlar ve kontrast enjeksiyonu ile kapağın açıklığı ve oluşan yetersizlik kontrol edilir. Hipertrofi nedeniyle duyarlı hale gelmiş sol ventrikülde hayati tehdit edici ventrikül aritmilerinin ortaya çıkması açısından her an defibrilatör hasta başında hazır bulundurulmalıdır. İşleme bağlı en önemli komplikasyonlar aort yetersizliği, kanama, koroner iskemi ve aritmidir. İşlem sırasında hasta çok iyi sedatize edilmeli, gerektiğinde kullanılmak üzere kan ürünleri yedekte tutulmalıdır.<sup>[1,2,6]</sup>

*d- Transkateter yolla PDA kapatılması:* Patent duktus arteriozus, anne karnındaki her bebekte mevcut olup doğumdan hemen sonra kapanması gereken duktusun açık kalması ile karakterize bir doğuştan anomalidir. Aorta ile pulmoner arter arasındaki açıklıktan, aortadan pulmoner artere doğru akım oluşur. Açıklık geniş ise pulmoner kan akımı artarak sol ventrikülde genişleme ve kalp yetersizliği yapar. İnvaziv kardiyoji uygulamaları başlamadan önce bu hastalık cerrahi olarak duktusun ligasyonu yöntemiyle tedavi edilmekteydi. Şimdilerde çok geniş olan defektler dışındakiler transkateter olarak kapatılabilmektedirler. Patent duktus arteriozusun kapatılması için kontrollü ve kontrolsüz salınımlı 'coil' (helezon) (Şekil 1), ve 'Amplatzer' PDA tıkama cihazı gibi duktusa yerleştirilen ve PDA'yı kapatan birçok farklı cihaz vardır. 'Coil' kullanılarak transkateter yolla PDA kapatılması için duktusa arteriyel ya da venöz yolla ulaşılarak duktusun içinden 'coil' taşıyıcı sistemi geçirilir. Daha sonra 'coil'in yeterli sayıdaki helezonu açılarak duktusa doğru çekilir ve duktusu iyice kapaması sağlanır. Kontrol enjeksiyonu ile rezidüel akım olmadığı görüldüğünde 'coil' taşıyıcısından serbestleştirilir ve orada bırakılır. Zamanla o bölgede trombotik değişiklikler olur ve defekt tamamen kapanmış olur. İşlemin komplikasyonları arasında 'coil'in bırakıldığı yerden pulmoner arter ya da desendan aortaya kaçması, kanama, hemoliz sayılabilir. Özellikle tamamen kapatılmamış olgularda hemoliz açısından dikkatli takip gerekmektedir. İşlem sırasında kullanılan sıvıların heparinsiz olması ve işlem sonrasında yapılacak sıvı kısıtlaması işlemin başarı şansını artıran faktörlerdir.<sup>[1,2,7]</sup>

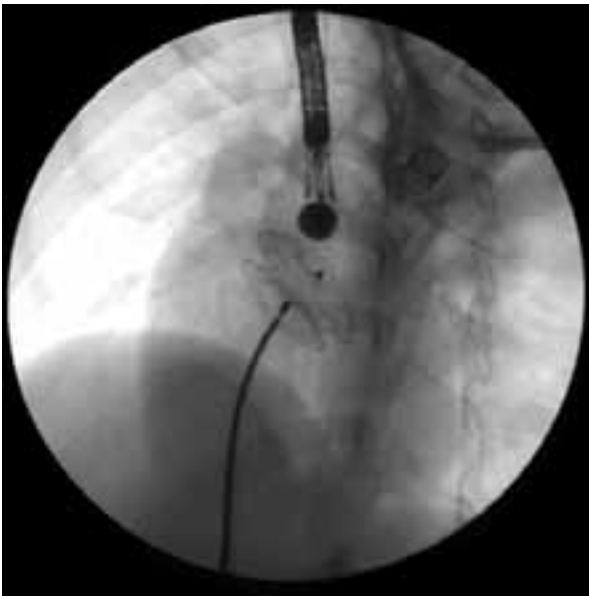
*e- Koarktasyon anjiyoplasti:* Aort koarktasyonu, doğuştan kalp hastalıkları içinde %8 oranında görülür. Sol subklavyan arter çıkışının he-



Şekil 1. Kontrollü salınımlı Cook marka 'coil'in yakından görünümü.

men distalinde aortanın daralması ile karakterizedir. Koarktasyon anjiyoplasti, pulmoner ve aort balon valvüloplasti işlemlerine benzer bir şekilde, aynı tip balon kullanılarak gerçekleştirilir. İlk kez 1982 yılında uygulanmaya başlanmış ve tüm merkezlerde umut verici sonuçlar alınmıştır. Asendan aorta ile desendan aorta arasında 20 mmHg'dan fazla basınç farkı olan olgularda anjiyoplasti endikasyonu vardır. Ancak ağır koarktasyon olguları dışında bir yaşından önce koarktasyon anjiyoplasti işlemi yapılmamalıdır, çünkü anevrizma gelişimi ve tekrarlama riskleri bu dönemde yüksektir. Arteriyel yol kullanılarak desendan aortaya ve koarktasyon bölgesi geçilerek asendan aortaya ulaşılır. Koarktasyon bölgesi üzerinde uygun çaptaki balon şişirilerek darlığın azalması sağlanır. İşlem temel olarak pulmoner ve aort balon valvüloplasti ile aynıdır. Femoral arter ve aorta zedelenmeleri, anevrizma gelişimi en sık karşılaşılan komplikasyonlarıdır.<sup>[1,2,6]</sup>

f- ASD ve VSD'lerin transkateter yolla cihaz ile kapatılması: Atriyal septal defekt kapatılması ilk olarak 1980'li yıllarda gündeme gelmiş ve çeşitli cihazların kullanıma girmesiyle başarıyla uygulanmaya başlanmıştır. 1990'lı yılların ortalarından itibaren VSD'ler de transkateter olarak kapatılmaya başlanmıştır. Genel anestezi ve transözofajiyal ekokardiyografi desteği gerektiren bu işlem için arteriyel ve venöz yol birlikte kullanılmaktadır. Anjiyografik ve ekokardiyog-



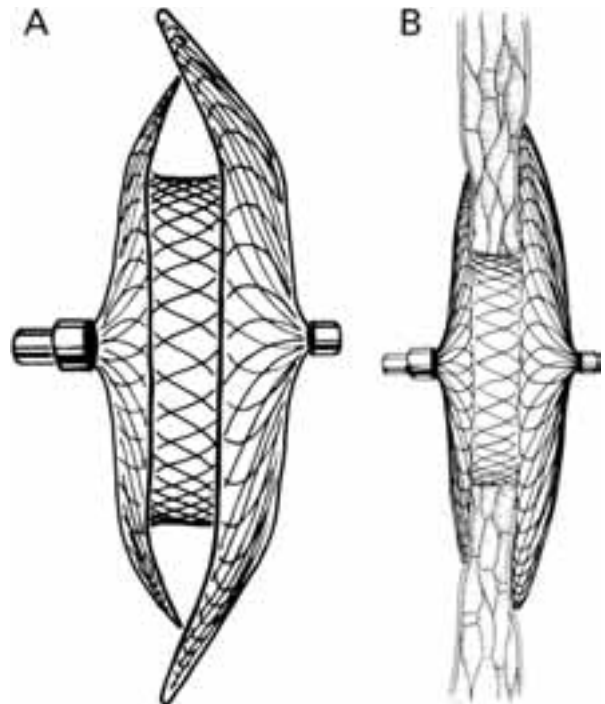
Şekil 2. Amplatzer septal oklüder cihazının serbestleştirilmeden önceki anjiyografik görünümü.

rafik olarak defekt çapı ve defektin komşulukları belirlendikten sonra balonla germe yöntemi uygulanarak defektin gerilmiş çapı ölçülür ve cihaz seçiminde bu çap esas alınır. Uygun tip ve boyuttaki cihaz taşıyıcısı yardımıyla venöz yolla ilerletilerek defektin distaline getirilir ve orada açılan cihaz defekti tam olarak örter pozisyona gelince taşıyıcısından ayrılıp orada bırakılır (Şekil 2). Bu arada ekokardiyografi ile cihazın defekti tam olarak kapatıp kapatmadığı, kapaklara ya da büyük damarlara zarar verip vermediği kontrol edilir. Şu an için en sık kullanılan cihaz Dr. Amplatz tarafından geliştirilen Amplatzer cihazıdır (Şekil 3). Diğer cihazlara göre kullanım kolaylığı ve komplikasyonlarının daha az oluşu nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir.<sup>[1,2,7]</sup>

### 3- Çocuklardaki kardiyak invaziv girişimlerde hemşirelik bakımı

a- Kateterizasyon işlemi öncesi hemşirelik bakımı<sup>[8-10]</sup>

- Büyük çocukların girişimden önce bilgilendirilmesi ve kateterizasyon laboratuvarının gezdirilmesi, heyecanlarının giderilmesi ve işbirliğinin sağlanması açısından yarar sağlar.
- Büyük çocukların mahremiyetlerine özen gösterilmelidir.



Şekil 3. (a) Amplatzer septal oklüder cihazının şematik görünümü. (b) Cihazın septuma yerleştirilmiş hali.

- Küçük çocuklar ve bebeklerin annesinden ayrılırken yaşayacağı ayrılık anksiyetesinin azaltılması amacıyla gerekli önlemler alınmalıdır.

- İşlem öncesi değerlendirme sırasında ilgili hemşire bir yandan hasta ve ailesinin planlanan işleme ilişkin anksiyetesini gidermeye çalışırken, diğer yandan uygun bir dille yapılacak işlem hakkında aileyi bilgilendirmelidir.

- Yapılacak işleme ait izin mutlak surette aileden alınmalıdır.

- Hastanın tıbbi öyküsü, alerjileri, kullanmakta olduğu ilaçlar, eşlik eden kardiyovasküler sistem dışındaki medikal sorunları ve önceki girişimler sorgulanmalıdır.

- Tüm olgular için gerekli olan en önemli tetkik tam kan sayımıdır. Hb düzeyine bakılmasının en önemli nedeni anemi ve polisitemi varlığının araştırılmasıdır. Ameliyat öncesi açlık dönemi, dehidratasyon ve kateterizasyon odasındaki hipotermik koşullar ile anemi ya da polisitemi ağırlaşabilir. Bu da çeşitli komplikasyonlara zemin hazırlar.

- Pulmoner aspirasyona neden olabilecek mide içeriği hacminin azaltılması amacıyla girişim öncesinde hastanın yeterli süre aç bırakılması gerekmektedir. Ancak, siyanotik hastaların hiperviskozite krizine girmemesi için yeterli hidrasyonun sağlanması gereklidir. Öte yandan kardiyak rezervi sınırlı hastanın gereğinden fazla sıvı alıp kalp yetersizliği tablosuna girmemesine dikkat edilmelidir.

- Aile ile görüşülerek kateter işlemi sırasında gerekli olma ihtimaline karşın kan temini sağlanmalıdır.

- İşlem sırası ve sonrasında kanama riskini artıracak (kumadin, aspirin vb) antikoagülan ilaçların kullanımı açısından hekime danışmalıdır.

- Çocukta bulunan takı ve kıymetli eşyalar çıkartılıp aileye teslim edilmelidir.

- Uygulamanın yapılacağı bölgenin hijyenik (alt temizliği, pişik bakımı, ergenlerde genital bölgenin temizliği) sağlanmalıdır.

- Çocuğun tırnakları kontrol edilmeli, varsa tırnaklarındaki oje çıkartılmalıdır.

- Çocuğun vital bulguları işlem öncesi kayıt edilmelidir.

*b- Kateterizasyon işlemi sırasındaki hemşirelik bakımı<sup>[8,10-14]</sup>*

- İşlem için masaya alınan her hastaya elektrokardiyografi (EKG), kan basıncı, 'pulse oksimetre' ile oksijen doygunluğu ve ısı takibi yapılmalıdır.

- Hastanın işlem sırasında hareketsiz kalması için gerekli bölgelerin sabitlenmesi gerekmektedir.

- Hastanın hava yolu açıklığı sağlanmalıdır. Gerek görüldüğünde hastaya oksijen tedavisi verilmelidir.

- Solunumu rahatlatmak için gerektiğinde ağız-burun aspirasyonu yapılmalı ve hastanın başı yana çevrilmelidir.

- Defibrilatör kaşıkları, yaşa uygun şekilde hazır bulundurulmalıdır.

- Kateter işlemine başlamadan önce defibrilatörün aktivasyonu kontrol edilmelidir.

- Hastanın aritmi sorununa karşı geçici pace-maker kateterleri ve bataryaları hazır bulundurulmalıdır.

- Hastaya kilosuna uygun dozlarda sedatif ve anestezi madde uygulanmalıdır. Eğer sedasyon dozu düşük verilirse çocuk acı hissedecek, doz yüksek tutulduğunda ise anestezi ajanına ait komplikasyonlar görülebilecek, solunum arresti nedeniyle hastanın işlem sonrası yoğun bakım ihtiyacı oluşabilecektir. İşlem sırasında kullanılan kontrast madde reaksiyonuna karşın gerekli ilaçlar hazır bulundurulmalıdır.

- Hastanın oksijenizasyonu girişim süresince 'pulse oksimetre' ve kan gazı analizleri ile yakından izlenmelidir. Kalp yetersizliği olan çocukların çoğunda iritabilite, taşipne, interkostal çekilmeler, yardımcı solunum kaslarının kullanımı gibi hipoksi belirtilerinin yanı sıra bilinç kaybı da tabloya eşlik edebilir. Kateterizasyon sırasında hipoksemiye neden olunabilir. Zaten stenotik olan pulmoner çıkışın kateter ile daha da daraltılması, anestezi ajanları ile oluşan solunum depresyonu bu gibi nedenler arasındadır. Bu nedenle oksijen desteği gerekli olmaktadır.

- Doğuştan kalp hastalığı olan tüm çocuklarda girişim süresi ne kadar kısa olursa olsun güvenilir bir damar yolu açılması zorunludur. Bu çocuklarda parenteral ilaç tedavisi her an gere-



kebileceğinden açık bir damar yolu hayat kurtarıcı olacaktır. Hemodinamik olarak iyi durumda olan ve işlem öncesi hidrasyon ihtiyacı olmayan olgularda damar yolu, anestezi indüksiyonundan sonra açılabilir.

- İntrakardiyak şanti olan çocuklarda damar yolunun açılması ve kullanılması durumunda hava girişinin önlenmesine özellikle dikkat edilmelidir. Çünkü bu olgularda hava embolisi direkt olarak santral sinir sistemine ulaşabilmektedir.

- Bebek ve yenidoğanlarda idame sıvısı,  $1/4$  veya  $1/5$  normal salin içinde %5-10 glukoz olmalıdır.

- Kateterizasyon sırasında strese bağlı olarak hipoglisemi veya hiperglisemilerin oluşabileceği göz önüne alınarak düzenli olarak kan glukoz tayini yapılmalıdır.

- Vücut ısısının normal sınırlarda tutulması için gerekli tüm işlemler yapılmalıdır. Kateter odasının sıcaklığının uygun olmasını sağlamakla birlikte küçük çocuklarda özel ısıtıcı yatakların kullanılması uygundur. Hipotermi gelişen bebeklerde apne ve hipoventilasyon ortaya çıkabilmektedir. Diğer yandan hipertermi gelişiminin, metabolizma hızını artırarak  $O_2$  tüketimi artacağından, kaçınılması gereken bir durumdur.

- Kateterizasyon sırasında kullanılacak malzemeler eksiksiz bir şekilde temin edilmeli ve hasta başındaki ekibe seri bir şekilde ulaştırılmalı, olguların özelliklerine göre ortam sıvıları dikkatle hazırlanmalıdır.

- Kateterizasyon işlemi bittikten sonra hasta bir süre kateter salonu gözlem odasında tutulmalıdır. Bu sırada hastaya uygulanan anestezinin etkisi devam etmekte olduğundan yakın izlem gerekmektedir.

- Hasta işlem sonrası ilk saatte ısıtılmaya devam edilmelidir.

- İşlem bölgesinde bulunan kılıfın çıkarılması sonrası kanamanın durduğundan ve kanama eğiliminin olmadığından emin olunması için sürekli kanama kontrolü yapılmalıdır.

- Hastanın sedasyondan uyanması ve kanama kontrolünün ardından hekime danışılarak hastanın servise alınması için gerekli işlemler başlatılmalıdır.

- Hasta sedasyonun etkisi geçmeden kateter salonundan kesinlikle ayrılmamalıdır.

*c- Kateterizasyon işlemi sonrası hemşirelik bakımı*<sup>[8,12,13,15,16]</sup>

- Hastanın işlem sonrası klinik durumuna göre takibine devam edilir. Nabız, kan basıncı ve solunum ilk iki saatte 15 dakikada bir, daha sonra dört saatte bir takip edilir.

- Hasta kanama ve hematoma yönünden ilk iki saatte 15 dakikada bir, daha sonra dört saatte bir takip edilir.

- Ateş takibi ilk dört saatte saatlik, daha sonra altı saatte bir yapılır.

- Verilen sıvı hastanın kilosuna göre gönderilip takip edilir. Ancak PDA'ya 'coil' implantasyonu uygulanmış çocuklarda fazla sıvı verilmesinden özellikle kaçınılmalıdır. Şayet çocuğa fazla sıvı yüklemesi yapılırsa duktusta açılmaya yol açılabilir.

- İşlem sırasında verilen anestezinin etkisi tamamen kaybolana kadar en az üç saat oral besleme yapılmamalıdır. Bu süre içinde çocuk int-ravenöz yolla replase edilmelidir. Hastaya önce su, kusmaz ise süt ve meyve suyu, daha sonra normal diyet verilmelidir.

- Siyanotik çocuklarda mutlaka pulse oksimetre takibi, gerekirse  $O_2$  desteği yapılmalıdır.

- Femoral kılıf takılan bacağın tromboz yönünden kapiller doluş zamanı, ekstremitenin rengi ile takip edilmesi gereklidir. Eğer ekstremitede beyazlaşma varsa arteriyel tromboz, şayet morarma varsa venöz tromboz ön planda düşünülüp hekime haber verilmelidir.

- Çocuğun idrar çıkışı yönünden takibi sağlanmalıdır. Özellikle PDA'ya 'coil' implantasyonu yapılan çocuklarda damar içinde vasküler hemoliz görülebileceğinden, hematüri açısından idrar rengi ayrıca takip edilmelidir.

- Çocuğun yatak istirahatinin sağlanması için dikkati başka yöne çekilmelidir.

- Çocuğa ve aileye psikolojik destek sağlanmalıdır.

- Hastanın femoral nabızı normalse, hayati belirtileri stabil ise ve her zamanki diyetini tolere ediyorsa genellikle kateterizasyon gününü takip eden sabah taburcu edilir.

- Taburculuk sırasında aile hastaya evde uygulanacak bakım hakkında bilgilendirilmelidir.

*d- Evdeki bakım*<sup>[8,12,13,16]</sup>

- Evdeki bakımda hemşireye düşen en önemli rol eğitimidir.

- Çocuk eve döndüğünde normal beslenmesine devam etmelidir.

- Çocuğun hijyeninde ilk 24 saat için silme banyo önerilir. İşlem yapılan bölgenin enfeksiyon açısından kuru ve temiz olması gerekmektedir. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi görüldüğünde (kızarıklık, şişlik vb.) hekime haber verilmesi gerektiği hatırlatılmalıdır.

- Çocuk evdeki ilk günde sakin ve pasif hareketlerde bulunmalıdır. Aşırı zorlama olan hareketlerin kanamanın yeniden oluşmasına zemin hazırlayacağı aileye iyice anlatılmalıdır. Şayet kanama olursa derhal üzerine kanama durana kadar sıkıca basınç uygulanması, eğer kanama durdurulamıyorsa hekime haber verilip hemen hastaneye getirilmesi gerektiği aileye anlatılmalıdır.

- Cihaz yerleştirilen çocukların altı ay süre ile çarpışmalı sporlardan uzak durması ve tedbir X-ray cihazlarından altı ay süreyle geçmeleri gerektiği konusunda aileler uyarılmalıdır.

## SONUÇ

Pediyatrik kardiyolojide invaziv/girişimsel tanı ve tedavi işlemleri yoğun emek ve bilgi birikimi gerektiren, yüksek riskli işlemlerdir. Bu işlemler öncesi, işlem sırası ve sonrasında tam bir ekip çalışması gerekmektedir. Çocuk kardiyolojisi ve anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni, kateter-anjiyografi hemşiresi ve diğer yardımcı unsurların uyum içerisinde çalışması ile risklerin azaltılması ve istenen sonuçların alınması mümkün olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Çeliker A, Karagöz T. Çocuk ve erişkin kalp hastalıklarında kateterle girişimsel tedavi yöntemleri. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003;3:333-354.
2. Saygılı A, Piechaud JF, Kachaner J. Çocukluk çağında girişimsel kalp kateterizasyonu Türk Pediatri Arşivi 1998;33:04-11.
3. Logan P. What you need to know about interventional cardiology. Nursing 1995;25:32II-32JJ, 32LL, 32NN.
4. Pihkala J, Nykanen D, Freedom RM, Benson LN. Interventional cardiac catheterization. Pediatr Clin North Am 1999;46:441-64.
5. Alexander W. Advances in interventional cardiology: higher risk patients demand greater vigilance. Today's Surg Nurse 1996;18:11-5.
6. Nickolaus MJ, Chambers CE, Ettinger SM, Gilchrist IC, Kozak M. Advances in interventional cardiology: beyond the balloon. Nurs Clin North Am 2000; 35:897-912.
7. Callow LB. Nursing implications of interventional device placement in pediatric cardiology and pediatric cardiac surgery. Crit Care Nurs Clin North Am 1994;6:133-51.
8. Tatlıoğlu GS, Yıldız S. Pediyatrik kalp kateterizasyonu ve hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;4:25-32.
9. Verderber A, Shively M, Fitzsimmons L. Preparation for cardiac catheterization. J Cardiovasc Nurs 1992;7:75-7.
10. Mooney JF, Huttner C, Werkema J, Martin S, Dixon M, Mooney MR. Organization, design, and implementation of an interventional cardiology patient care unit. Focus Crit Care 1990;17:32-8.
11. Wolf ZR, Miller PA, Devine M. Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. Medsurg Nurs 2003;12:391-6.
12. Richardson D. Interventional cardiology: a nurse manager's perspective. Nurs Manage 2004;35:46-7.
13. Dault LH, Groene J, Herick R. Helping your patient through cardiac catheterization. Nursing 1992; 22:52-5.
14. Bowden SM, Worrey JA. Assessing patient comfort: local infiltration of lidocaine during femoral sheath removal. Am J Crit Care 1995;4:368-9.
15. Bakker A. Cardiovascular nursing in Austria. Prog Cardiovasc Nurs 2004;19:70-2.
16. Sullivan J, Howland-Gradman J, Schell M, Goldsmith J. Reducing costs and improving processes for the interventional cardiology patient. Crit Care Nurs Q 1998;21:68-82.

## Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim

Communication Between Members of Health Care Team,  
the Patients and Their Relatives in Intensive Care Units

Leman KUTLU

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):35-41*

Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık elemanlarının kendileriyle birlikte, yoğun bakım hastasını ve hasta ailesini iletişim ve ilişkiler açısından değerlendirebilmesi önemlidir. Böylece iyi bir iletişim kurulabilir, sunulan sağlık hizmeti etkin olur, yapılan işten doyum alınır ve hastaların yaşam kalitesinin artması sağlanır.

*Anahtar Sözcükler:* İletişim; yoğun bakım ünitesi; çalışan-aile ilişkisi.

It is important that health care providers working in intensive care units properly evaluate intensive care patients and their families, as well as themselves, in terms of communication and relationships. This leads to good communication, effective health services, satisfactory work and increased life quality of the patients.

*Key Words:* Communication; intensive care unit; professional-family relations.

Yoğun bakım üniteleri, gerek araç-gereç donanımı yönünden gerekse burada tedavi gören hastaların nitelikleri yönünden diğer tedavi ünitelerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bunun yanında burada çalışan sağlık elemanları da diğer tedavi ünitelerine göre daha karmaşık hasta sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır.

'Yoğun Bakım Ünitesi' kavramının taşıdığı anlam ifadesi ile bakım ve tedavi uygulamalarının, araç-gereç donanımının, hasta, hasta ailesi ve sağlık elemanları arasındaki iletişim gibi birçok faktörün yoğun olarak bulunduğu bir ortam olarak düşünülürse; çalışan sağlık elemanlarının hem hastalarla hem de kendi aralarında kurdukları iletişim ve ilişkilerin daha fazla olduğu bir ortam olduğu görülebilir. Bu

yoğun ortamda etkili iletişim ve ilişkiler, ekip elemanlarının çalışmalarını daha uyumlu ve etkin yaparken hastaların tedavi ve bakım kalitesinin yükselmesini de olumlu yönde etkilemektedir.<sup>[1]</sup>

### YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SAĞLIK EKİBİ İLE İLETİŞİM

İnsan bilindiği gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısı ile bir bütündür. Bir insanın sağlıklı olabilmesi için bu bütünün parçalarını oluşturan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması gerekir. Bu bütünlük hastane dışında yakınlarının ve hastanın kendi desteği ile sürdürülürken hastane ortamında ekip anlayışıyla yaklaşan sağlık ekibi elemanlarının işbirliği ile sürdürülür.<sup>[2]</sup>

Geleneksel sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşire, hasta ve hekim ilişkisinde bir aile modeli sergilenmiştir. Ailenin reisi karar verici otoriter rolde baba olarak hekim, uzlaştırıcı, kabulendirici, kararlara uyan, söyleneni yapan fedakar anne rolünde hemşire ve sorun yaratan uğraşılana yaramaz çocuk rolünde hasta olmuştur. Oysa çağdaş ekip anlayışı bu modelin çok dışında profesyonel tutum, anlayış ve davranış gözetir.<sup>[2]</sup>

Meslekler toplum ve bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere ortaya çıkar. Sağlık meslekleri de bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamayı ve sağlığı geliştirmeyi hedefler. Hedef kitlesi sağlıklı ya da hasta bireydir. Tüm sağlık disiplinleri hizmetlerini bu hedef kitleye yöneltmek durumundadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ekip üyelerinin birbirlerinin rol ve işlevlerini doğru olarak algulamalarına ve elde edilen verilerden ortak yararlanmalarına bağlıdır. Geleneksel yardımcılık kavramı çağdaş ekip anlayışı içinde yer almaz. Sonuçta sağlık hizmetleri birbirleri için değil, her disiplin ortak olarak hasta bireye yardımcı olmak için vardır.<sup>[2]</sup>

Ekip çalışması, dinamik bir süreç olup birçok disiplinin ortak çabası ve işbirliği ile ortak bir amaca yönelik olarak birlikte çalışılması demektir. Ekip içindeki her mesleğin otonomisinin olması ön koşuldur. Ekip üyeleri bakım ve sonuçları birlikte değerlendirmelidir.<sup>[2]</sup>

Ekip içindeki hasta bireye yönelen etkinliklerin başarısı ekip liderinin yönetim, koordinasyon ve işbirliği kurma yeteneği ile doğru orantılıdır. Düzenlenen periyodik toplantılar ekip içindeki etkileşimi artırır. Böyle bir yaklaşım amaçların etkin bir şekilde gerçekleşmesine yardımcı olur.<sup>[2]</sup>

Bilim ve teknolojiye hızlı gelişmelerin yaşandığı bir dünyada görev yapacak ekip elemanları, gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla ayak uydurabilmeli, kendi aralarında her türlü iletişimi kurabilmeli ve entelektüel gelişmelerini sürdürmeli; kısacası çağdaş insan ve meslek üyesinin evrensel niteliklerini kazanmış olmalıdır.<sup>[3]</sup>

Bilindiği gibi yoğun bakım üniteleri hasta yaşamının tehdit altında olduğu bir durumda, hızlı ve doğru kararların alınması gereken bir ortamdır. Bundan dolayı, bu ortamda çalışan ekip elemanları hızlı ve doğru karar verme sorumluluğunu üstlenmişlerdir.<sup>[3]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde ekip elemanları arasındaki iletişim ve ilişkileri düzenlemeye, ünite içindeki sorunları paylaşmaya, çözmeye ve ortak karar almaya yönelik belirli periyotlarda yapılan toplantılar, ekip elemanlarının uyum sağlamasına ve gelişimine yönelik ortak düzenlenen eğitim programları, birlikte yürütülen proje ve çalışmalarını olumlu yönde etkilemektedir.

Hasta bakımına yönelik ekip elemanlarının birlikte oluşturduğu 'Bakım politikaları ve yöntemleri' ekibin etkin çalışmasında ve iletişim ilişkilerinin uyumlu olmasında önemli rol oynayacak ve karşılaşılabilecek sorunları daha kolay çözebilmelerinde yardımcı olacaktır. Bu bakım politikaları ve yöntemleri, hastanın kabulü ve taburcu edilmesi, hastanın durumundaki değişikliklerin hekimine bildirilmesi, ilaçların, malzemelerin ve özel araçların yerinin belirlenmesi ve depolanması hakkında açıklamalar, ilaç ve malzemelerin daima hazır bulundurulma yöntemleri, acil ilaçların tam ve hazır olmasını sağlayan sistemin korunması sorumluluğu, enfeksiyon kontrolü, temel araçlardan birinin kırılması, bozulması durumunda izlenecek yöntem, uygun emniyet önlemlerinin alınması, üniteye geliş-gidişlerin, ziyaretlerin düzenlenmesi, kurum içinde ve dışında felaket hallerinde ünitenin rolü, hangi şartlarda, ne derece gözetim altında, kimin, hangi özel girişimlerde bulunabileceği gibi özel açıklamaları, daimi reçetenin (standing order) uygulanışı ve belli acil durumlara yaklaşım ile ilgili protokolleri vs. içermelidir.<sup>[4]</sup>

Ekip elemanları tarafından ortak düzenlenen sosyal aktiviteler, yoğun çalışma ortamından kaynaklanan sorunlardan uzaklaşmayı sağlarken ekip içindeki iletişimi ve ilişkileri de artırmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde, sürekli olarak durumu ağır hastalarla çalışılması, iş yükünün fazla olması, iş tanımlarının olmaması, eleman eksikliği, malzeme eksikliği, fiziksel ortamın uygun olmaması gibi nedenler ekip elemanlarının psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte, bu olumsuzluklar iletişim ve ilişkilerine de yansımaktadır. Bundan dolayı belirli aralıklarla başka ünitelerde çalışmalarını sağlanmalı ve bir psikiyatristin desteğinde yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları olayları, bunlarla ilgili duygularını nasıl başa çıkmaya çalıştıklarını rahatça anlatabileceği ve danışmanlık alabileceği bireysel ya da gruba yönelik görüşmeler düzenlenmelidir.

Sonuç olarak unutulmamalıdır ki, ekip içindeki iletişim ve ilişkilerimiz hem hastaya sunduğumuz sağlık hizmetini hem de onunla olan iletişimimizi olumlu ya da olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

## YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE HASTA VE HASTA YAKINI İLE İLETİŞİM

Diğer tedavi birimlerinde yatan hastalara göre yoğun bakım ünitelerindeki hastalar, farklı özellikleri nedeniyle sağlık elemanlarının onlara sunduğu sağlık hizmeti, iletişim ve ilişkileri yönünden farklılık taşımaktadır. Sağlık elemanlarını sağlık hizmetinin sunumunda, iletişim ve ilişkilerin kurulmasında ve sürdürülmesinde; yatan hastaların çoğunun yatağa bağımlı olması, tamamıyla bakıma ihtiyacı olması ve bilincinin kapalı olması gibi durumlar zorlayıcı olmaktadır. Ancak hastanın durumu ne olursa olsun sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili iletişim ve ilişkilerin olumlu yönde rol oynadığı gerçeği unutulmamalıdır.

Kişinin kritik bir durumda hastaneye yatması yakınları için acılı bir deneyimdir. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen teknoloji ile birlikte kullanımı gittikçe artan teknolojik araç-gereçler yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, hasta ve yakınları için korkutucu olabilmektedir. Yaşamı tehdit altında olan bilinci açık hastaların kritik durumlarını kavramaları, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası gibi nedenlerden dolayı hareket kısıtlılığı, temporal ritmin ve gece-gündüz ayırımının kaybedilmesi, izolasyon, sık tekrarlanan ağırlı manipülasyonlar, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yoğun bakım temposu içinde uyku düzeninin bozulması, çeşitli tıbbi araç-gerecin monoton sesleri, yakınlarını ve ailelerini görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, uygulanan tedavi ve işlemler, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilme gibi faktörler hastalarda ajitasyon, anksiyete, depresyon, disoryantasyon, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.<sup>[5-8]</sup>

Cassem ve ark. koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların emosyonel ve davranışsal reaksiyonlarını inceledikleri çalışmalarında, bu hastalarda birinci ve ikinci günlerde anksiyete ve korkunun ön planda olduğunu saptamışlardır. Yaşamı tehdit eden hastalığın beklenmedik

gelişine karşı ortaya çıkan bu tepkiyi ikinci, üçüncü günlerde inkar reaksiyonu izlemektedir. Ciddi bir hastalığı olmadığına inanan hasta bu evrede medikal tedaviyi reddetme gibi davranışlarda bulunabilir. Üçüncü ve dördüncü günlerde ise hastalığın ciddi hasarı inkar edilemeyecek düzeydedir ve hasta artık demoralize ve deprese görünümde olabilir. Eğer bir hastada iki haftadan daha uzun süren depresif bir tablo varsa majör depresyondan şüphe edilmelidir.<sup>[9]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve yakınları psikososyal yönden desteklenmelidir. Özellikle de bilinci kapalı tepki vermeyen hastalar başta olmak üzere yoğun bakım hastalarında bu olumsuz etkilere karşı baş etme mekanizmaları tamamen ortadan kalkmış olabilir. Tepki vermeyen hastalar, korku ve ağırlı uyaranlardan kaçma yeteneklerini kaybettikleri gibi, içinde buldukları durumu da değerlendiremez ve olayları kontrol edemezler.<sup>[5]</sup>

Hasta yakınları, yoğun bakım ünitesi, hastasının durumu, araç-gereçler, yoğun bakım rutinleri, sorun çözme ve karar verme ile ilgili eğitilmeli, başa çıkma yöntemleri, sorun çözme, iç ve dış kaynakları kullanmada güçleri desteklenmeli, gözlem yapmasına olanak sağlanmalı, hastası ziyaret ettirilmeli ve mümkün olduğunca hastasının bakımına katkısı sağlanmalıdır.<sup>[6,7]</sup>

Bu ünitelerde yoğun çalışma koşulları ve hastanın bilincinin kapalı olması gibi nedenler sözlü iletişimin kullanılmasını azaltmaktadır. Sözsüz iletişimde ise tedaviye ve bakıma yönelik dokunmadan başka iletişim yöntemleri kullanılmamaktadır. Oysa yapılan araştırmalar uyarılara cevap vermeyen hastaların bile çevresinde konuşulanları işitebildiğini göstermektedir. Bu nedenle hastalara sözlü olarak yapılacak her işlem bildirilmelidir. Hastanın iletişim ihtiyacı tek yönlü olsa bile karşılanmalıdır. Bilinci kapalı hastalar sağlık elemanlarına geribildirim vermemeleri nedeniyle güç iletişim kurulabilen hastalardır. Hastanın ihtiyaçlarının bilinebilmesi ancak yakınlarının yardımı ile mümkün olur (sevdiği kokuların kullanılması, hoşlandığı müziğin çalınması, kitap okunması vs). Ayrıca bu hastaların mahremiyetlerinin korunması, temiz, düzenli, saçları taranmış saygın görünümünün sağlanması özellikle hemşirenin sorumluluğundadır.<sup>[10,11]</sup>

Bilinci kapalı bireylerin ailelerine, hastalarının onları anlayabilme olasılığı olduğu anlatıl-

malı, hasta ile konuşmaları planlanmalıdır. Bunu yapmada işitme olasılığı olan hastanın yararına olduğu kadar hastaları için bir şeyler yapma çabası olan ailenin de yararınadır. Bilinci kapalı hastalar, bazen yaşam bulgularındaki değişimle bazen gözünden akan yaşla, iletilen mesajlara geribildirim verebilirler.<sup>[10,11]</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimde kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunma, sağlık elemanlarının hasta ile etkileşiminde bir çok amaca hizmet etmektedir. Dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletir.<sup>[12]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan teknolojik araç-gereç bireyin kendini algılamasında değişikliklere neden olabilmekte ve bu teknolojik araçlar sağlık elemanlarının hastaya dokunmalarını azaltabilmektedir. Bu nedenle, sağlık elemanları özellikle de hemşireler yoğun bakım ünitelerinde dokunmayı hasta gereksinimlerine göre bilinçli, planlı ve amaçlı olarak kullanmalıdır.<sup>[12]</sup>

Etkili dokunma terapötik olup fiziksel gelişim için temel gereksinimlerden biri olma; diğer duygular aracılığıyla algılanan gerçekleri doğrulama; algılama-kavrama yetenekleri üzerinde pozitif bir etkiye sahip olma; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sakinleştiricilere olan gereksinimi azaltma gibi etkileri vardır. Ayrıca yer, zaman ve kişi tanımlamalarını yapabilmeye ve gerçeğe uyum sağlamayı sürdürmede ve artırmada dokunma önemli bir rol oynamaktadır.<sup>[12]</sup>

Dokunmayla ilgili yapılan çalışmalarda, sağlık sorununun özelliği, yaş ve aile ilişkileri ile dokunma arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Korku, anksiyete ve depresyon yaşayan, konuşamayan, oryantasyon bozukluğu olan, bilinç düzeyi değişmiş terminal dönemde olan, yaşlı, fiziksel bozukluğu olan, duyma, görme kaybı yaşayan, ciddi hastalığı olan bireylerin ameliyat öncesi dönemde dokunmaya en çok ihtiyacı olan kişiler olduğu belirlenmiştir.<sup>[12]</sup>

Yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin dokunmayı kullanmaları yaşı, sağlık sorunu, ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Dokunmaya en çok gereksinimi olan yaşlılar, en az

dokunulan bireyler olurken; fiziksel bozukluğu olmayan veya çok az olanların en çok dokunulan bireyler olduğu ve erkeklere çok az dokunulduğu belirlenmiştir.<sup>[12]</sup>

Dokunmanın süresi, yeri, sıklığı, yoğunluğu ve duyu özellikleri vardır. *Dokunma süresi*; dokunma eyleminin toplam süresini ifade eder. Dokunma süresi uzadıkça hasta kendi vücut parçalarını ve beden bütünlüğünü daha gerçekçi olarak hissedecek, öz saygı ve öz güveninde artma olacaktır. *Dokunma yeri*; dokunulan vücut parçaları ve alanlarını 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 öz saygısı, dokunan bireyle yakınlığı ve bilişsel, emosyonel, seksüel kimliğini tanıma ve geliştirme özellikleri de 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.<sup>[12]</sup>

Dokunma, bireylerin ilişkileri, rolleri, dokunan ve dokunulan kişi arasındaki etkileşim yoğunluğu göz önüne alınarak beş düzeyde ele alınır:

*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 girer.

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

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

*Dördüncü düzey-Sevgi samimiyet*: Dokunmanın bu düzeyi, derin ilgi ve bağlantı mesajlarını taşır.

*Beşinci düzey-Seksüel uyarı:* Seksüel içerikli uyarılardır. Sevgi ve bağlılık mesajları taşıyabilir.<sup>[12]</sup>

Sağlık elemanlarının 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, hasta hemşire ilişkisini daha çok güçlendirecek bir yaklaşım olacaktır. Çünkü ilgi, güven ve destek sağlık elemanları arasındaki iletişim ve ilişkilerin temelini oluşturmaktadır.<sup>[12]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların dokunma yoksunluğu yaşamasını etkileyen faktörler vardır:

- *Duyusal yoksunluk:* Duyu kullanımında bozukluk veya yeterli nitelik ve nicelikteki duysal girdilerin anlamlı olarak değerlendirme yeteneklerini değiştirebilir.

- *Beden sınırlarının tehdidi:* Makine ve teknolojik aletlerin kullanımının artmasıyla yoğun bakım ünitelerinde hastaların korku ve şaşkınlığı da artmaktadır. Sağlık elemanlarının zamanının büyük bir bölümü makinelere temas ederek geçirmesi de bu durum üzerinde etkili olmaktadır.

- *Korku anksiyete ve kontrol kaybı:* Yoğun bakım üniteleri, güçlü, cesur, korkusuz, iyimser özellikte olan insanlar için bile zor bir çevredir. Bu yüzden sağlık elemanları hastaların psikolojik özelliklerini dikkate almalı ve olabildiğince hastayı kendi bakımına katarak öz güveninin, öz saygısının artmasına, anksiyete ve korkusunun azalmasına yardımcı olmalıdır.

- *Ailesinden ayrılma:* Bireyin yabancı bir çevrede uyanması, ölüm korkusu, sevdiği insanlardan ayrılması, kendini yalnız hissetmesine yol açan nedenlerdendir.

- *İletişim engelleri:* İletişim kurmanın önemi duymayan, anlamayan, konuşamayan, entübasyon veya fiziksel bir bozukluk nedeniyle iletişim kuramayan hastalarda artmaktadır.

- *Ailenin hastaya dokunma korkusu:* Hasta aileleri sevdikleri insana bağlı olan araç-gereç nedeniyle, zarar verebilecekleri kaygısıyla dokunmaktan çekinebilirler.<sup>[11,12]</sup>

Yaşamı tehdit altında olan kişi; alışılmamış tıbbi araç-gereç, monoton ve ürkütücü seslerle

dolu kendine tamamen yabancı bir ortamla karşı karşıya kalmakta aile ve yakınlarıyla direkt teması azalmakta, hastalığının ciddiyetini ve ölüme çok yakın olduğunu hissetmektedir. Bu ortamda tedavi gören hastalarda duysal girdiler değişmekte ve çeşitli psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastaların çevreden gelen uyarıları seçme şansları ve bunları kontrol etme yetenekleri bulunmamaktadır. Bu ortamlarda aşırı gürültü, ışık, aşırı hareketlilik gibi çok sayıda istenmeyen uyarılar olabildiği gibi, bazı tıbbi araç gereçten çıkan monoton sesler, hareket-sizlik, sessizlik gibi duysal girdilerin az olduğu durumlar da olabilir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hastalar duysal yoksunluk ve duysal yüklenme olmak üzere iki büyük sorunla karşı karşıyadır.<sup>[10]</sup>

*Duyusal yoksunluk;* geniş anlamıyla duysal yoksunluk, yalnız başına kalma, nitelik ve niceliğinde mutlak azalma, uyarıların alınmasının değişikliğe uğradığı ya da engellendiği bir durumdur.<sup>[10]</sup>

Yoğun bakım ünitelerinde, hastanın alışık olduğu çevreden ve insanlardan ayrılması, yabancı uyaranlara maruz kalması, azalmış ve değişmeyen uyarı biçimi, duyu organlarında işlev kaybı, duyuların yeterli kalitede olamaması, personel ve ziyaretçilerin hastayla iletişim kurmaması, hastane politikaları nedeniyle ziyaretçi azlığı veya yokluğu, hastanın tek kişilik odada kalması, hasta odasının kliniğin merkezi alanına uzak olması gibi faktörler duysal yoksunluğa yol açmaktadır.<sup>[10,11]</sup>

Duyusal girdilerin nitelik ve niceliğinin azalması sonucu hastalarda şaşkınlık, kararsızlık, düşünce kopukluğu, oryantasyon bozukluğu, uyku bozukluğu, kavrama bozukluğu, yanlış değerlendirme ve hafıza zayıflığı gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar kalıcı ya da geçici olabilmektedir.<sup>[10]</sup>

*Duyusal yüklenme;* girdilerin nitelik ve niceliğinin artması sonucu ortaya çıkan semptomları tanımlamakta olup çok sayıda ve alışık olunmayan tıbbi araç gereçler, sık tekrarlanan ağrılı uygulamalar, uzun süre yüksek gürültüye maruz kalma gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Duyusal girdilerin artmasıyla ajitasyon, baş ağrısı, olayları yanlış algılama, panik anksiyete, illüzyon, disoryantasyon, halüsinasyon, konfüzyon, çekilme-baskılanma gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır.<sup>[10]</sup>

Hemşire, hastanın karşı karşıya kaldığı bütün duyuşsal uyarınları dikkate almalıdır. Uyarının kaynağını, yerini, süresini, sıklığını, hastanın uyarıdan nasıl etkilendiğini, hastanın uyarı karşısında gösterdiği savunma tepkilerini, uyarının nitelik ve niceliğini değerlendirmeli ve bu doğrultuda olabildiğince hastaya tanıdık uyarınları vermek ve uygun çevre oluşturmak için uygun duyuşsal uyarınları içeren hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. Bu girişimler:

1- *Duyusal uyarınları planlamada öykü kullanmalıdır:* Hemşire öykü olarak hastanın 24 saatlik aktiviteleri uyku alışkanlığı, hobileri ve diğer alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olur. Böylece hasta için neyin önemli olduğu, neyin tanıdık veya yabancı olduğu konusunda bilgi edinir. Böylece hoşlandığı müzik ya da ziyarete gelemeyen yakının sesini kasetten dinletebilir.

2- *Hastanın gerçeği değerlendirme yetisini test etmelidir:* Burada sadece mental durum değerlendirmesi yapmak değil hastanın dış dünyasından anlamlı bilgiler vermeye ve tanıdık uyarınlara sürekliliğini sağlamaya da dikkat etmelidir.

3- *Tepki vermeyen hastaları dikkate almalı ve bunlara uygun duyuşsal girdi sağlamalıdır:* Bütün hastalar duyuşsal yoksunluk ve duyuşsal yüklenmeye karşı hassas olmalarına rağmen, bu durumdan en çok bilinçsiz hastalar, tepki vermeyen hastalar, duyuşsal yetersizliği olan hastalar, anestezi uygulanan hastalar, bebek ve yaşlı bireyler etkilenmektedir.

Tepki vermeyen hastalar, çevresel etkiler nedeniyle en çok psikolojik travma yaşayanlardır. Ayrıca psikososyal gereksinimlerine en çok dikkat edilmesi gereken gruptur. Bu hastaların psikososyal gereksinimlerinin göz ardı edilme nedenleri, bakımı verenlerin prognozu umutsuzca değerlendirmesi ve tepki vermeyen hastaların bilinçsiz hasta olarak yorumlanmasıdır. Ancak böyle bir değerlendirmenin gerçek olup olmadığı henüz kanıtlanmadığı için en iyi yaklaşım 'Bilinçsiz hasta yoktur' varsayımdır. Bu yaklaşım tepkisiz hastalar için tedavi edici duyuşsal girdi sağlamanın yollarından biridir. Tepki vermeyen hastalar için uygulanacak girişimler, anlamlı duyuşsal uyarınları içeren bir çevrenin bilinçli bir şekilde oluşturulması ve hastanın total fiziksel bakımını içerir. Bunun için:

- Hastayı tanıyan kişilerden gerekli bilgi alınmalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda hastaya anlamlı uyarınları verilmeli, tanıdık dünyasıyla bağlantı kurması sağlanmalıdır.

- Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu kişilerin aynı olması sağlanmalıdır.

- Ailesi ve arkadaşlarının hastayı ziyaret etmeleri ve iletişim kurmaları desteklenmelidir.

- Yakınları tepkisiz hastaya yaklaşım konusunda bilgilendirmeli, hastayla konuşma ve dokunmaları için cesaretlendirilmelidir.

- Hastaya rutinler, bakım ve tedavi hakkında bilgi verilmelidir:

1- *Hastalara güvenilir bilgi verilmelidir:* Güvenilir bilgi vermek özellikle bilinç ve hafıza değişikliği olan hastalarda anksiyeteyi azaltır ve oryantasyon bozukluğunu önler. Hastaya günlük olarak ay, yıl, tarih, saati söylemek, nerede olduğunu, yapılan tedavi ve uygulamaları açıklamak anksiyetenin önemli ölçüde azalmasını ve hastanın oryantasyonunu sağlayacaktır.

2- *Gürültü düzeyi kontrol edilmelidir:* Ses alarmlı monitörler yerine, ışık alarmlı monitörler kullanılmalı, yüksek sesle konuşmalar önlenmeli, tıbbi araç gereçleri çekerken veya iterken dikkat edilmelidir, gürültünün hasta üzerindeki etkisi ekip elemanlarıyla aileyle ve ziyaretçilerle paylaşılmalıdır.

3- *Hastanın uyku süresini uzatacak ve rahat uyumasını sağlayacak yaklaşımlarda bulunmalıdır:* Bakım verme saatleri ilaç saatleri, ziyaret saatleri düzenlenmelidir. Uykunun önemi, uyku yoksunluğuna yol açan faktörler ve uyku yoksunluğu sonucu gelişebilecek semptomlar hakkında ailesi bilgilendirilmelidir.

4- *Hastanın duyuşsal yetersizliğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir:* Hastanın görsel ve işitsel yetersizliğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir. İşitme sorunu olan hastalarla yüksek sesle konuşulmalı, bu konuda ekip uyarılmalı, ve işitme cihazı kullanması sağlanmalıdır. Serebrovasküler hastalık nedeniyle motor yanıtları azalmış veya bloke olmuş hastaların görüş alanına girilerek dudak okuyabilmeleri sağlanmalıdır.

5- *Hasta akut beyin sendromu yönünden değerlendirilmelidir:* Yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresler ve psikososyal etkiler akut beyin sendromu olarak nitelendirilen mental bozuk-



luğun gelişmesini hızlandırabilir. Bunun yanında hastanın yaşadığı travma veya ani bir hastalık, yabancı çevrede bulunma, duyuşal girdilerde azalma, sınırlanma ve kullanılan ilaçlar da akut beyin sendromuna neden olan faktörlerdir. Hastalarda, bilinç düzeyinde değişim, görsel halüsinasyonlar, oryantasyon bozukluğu, kişilerin yanlış tanınması, huzursuzluk, hafıza bozukluğu gibi semptomlar ortaya çıkar.

Bu durumda hemşire;

1- *Hastanın gerçeğe oryantasyonunu sağlamalıdır:* Gerçeğe oryantasyon, daha önceden belirlenen zamanlarda güvenilir bilgilerin tekrarlı ve açık bir şekilde söylenmesini gerektirir.

2- *Terapötik dokunmayı kullanmalıdır:* Tepki vermeyen hastalar, duyu bozukluğu veya eksikliği olan hastalar, yaşlı ve çocuklar dokunmaya en çok gereksinimi olanlardır. Dokunmayla birlikte sözel iletişim olması hastanın uyanıklık düzeyinin sürdürülmesinde son derece önemlidir.

3- *Hastanın kişisel alanına saygı duymalıdır:* Hastane kişisel alanı oldukça sınırlayan bir ortamdır ve hastaların kişisel alanları en çok hemşireler tarafından dikkate alınmalıdır. Hemşire etkili bir değerlendirme ile hastanın kişisel alanını genişletebilir: Hasta odasına girmeden önce kapıyı çalmalıdır, hasta üzerinde her hangi bir işlem yapmadan önce izin almalıdır, hastanın mahremiyetini korumalıdır, hastanın çevresinde gereksiz araç-gereç bulundurmamalıdır, hastanın özel eşyalarını koyabileceği yer sağlamalıdır.

Hastaların bireysel alanına sahip olmamaları ve kontrol edememeleri, kendilerinde psikososyal sorunların ortaya çıkmasına ve öz saygılarının azalmasına neden olur.<sup>[8,11-13]</sup>

Sonuç olarak sağlık elemanlarının yoğun bakım hastasını ve yakınlarını doğru değerlendirebilmesi ve onlarla duruma uygun ileti-

şim kurabilmesi, sunduğu sağlık hizmetinin etkin olmasını, yaptığı işten doyum almasını ve hastanın yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Llenore E, Ogle KR. Nurse-patient communication in the intensive care unit: a review of the literature. *Aust Crit Care* 1999;12:142-5.
2. Kutlu L. Deri bütünlüğü bozulan hastaya psikolojik desteğin sağlanması. Yara bakım ve tedavi kursu. 23-24 Mayıs 2000, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; 2000.
3. Kaya H. Eleştirel düşünme gücü ve yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 1998;2:94-7.
4. Oktay S. Yoğun bakım ünitelerinin standartları, organizasyonu ve yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi* 1997;1:9-13.
5. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Dergisi* 1997;1:86-90.
6. Shekleton ME, Litwark K, editors. *Critical care nursing of the surgical patient*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1991.
7. Krozek CF. Helping stressed families on an I.C.U. *Nursing* 1991;21:52-5.
8. Stanton DJ. The psychological impact of intensive therapy: the role of nurses. *Intensive Care Nurs* 1991;7:230-5.
9. Özkan S. Yoğun bakım hastalarına psikolojik yaklaşım. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. 5. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi. 21-23 Ekim 1998 İstanbul, Türkiye: İstanbul; 1998. Mezuniyet Sonrası Genel Hastane Psikiyatrisi Eğitim Kursu 24-26 Kasım 1999, İstanbul, Türkiye: İstanbul; 1999.
10. Terakye G. Bilinci kapalı bireyle iletişim. In: Terakye G, editor. *Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri*. 2. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1994. s. 104-5.
11. Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003;12:317-23.
12. Mollaoğlu M. Yoğun bakım ünitelerinde dokunmanın önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001; 5:34-40.
13. Bogoch II, Sockalingam S, Bollegala N, Baker A, Bhalerao S. Family types in the neurotrauma intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005;14:283-4.

## Yoğun Bakım Ünitesinde Liyezon Hemşireliği\*

### Liaison Nursing In Intensive Care Unit

**Nazmiye KOCAMAN**

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):42-47*

Hastanın biyo-psiko-sosyal boyutta bütüncül tanılama ve bakımından sorumlu olan hemşireler, özelleşmiş bilgi, beceri ve deneyim gerektiren bazı durumlarda zorlanmaktadır. Hemşirelerin, fiziksel hastalığı olan hastaların psikososyal tanılama ve bakımında ve psikiyatrik bozukluğu olan hastaya yaklaşımda yaşadığı güçlükler "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği"nin uygulama kapsamındadır. Monitörize, trakeostomisi olan, acil girişim gerektiren, yoğun bakımdan servise yeni alınmış komplike hastanın bakımında yaşanan güçlükler de "Yoğun Bakım Liyezon Hemşireliği" uygulama alanındadır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi, yoğun bakım ile psikiyatri arasında bir köprü görevi görmekte, doğrudan ya da dolaylı olarak yoğun bakımdaki hastaların psikolojik bakımını sağlamaktadır. Yoğun bakım liyezon hemşiresi ise, yoğun bakımda uzun süreli hasta yatışını azaltmayı, önlenilebilir komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakıma tekrar yatışları önlemeyi, hastanın yoğun bakımdan servise geçişini kolaylaştırmayı, aileye eğitim vermeyi ve destek olmayı, servise yoğun bakıma ihtiyacı olan hastaların bakımını ve bu hastalara bakımda servis hemşiresine destek olmayı, eğitim vermeyi amaçlar. Hastaların bakımında etkin iletişim ve işbirliği liyezon çalışması ile sağlanabilir. Böyle bir uygulama, verilen hizmetin kalitesini artırırken, sadece hastaların iyiliklerine katkıda bulunmayacak, aynı zamanda hemşirelerin engellenmişliklerini de azaltacaktır. Bu yazı, ülkemizde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin yaygınlaşmasını ve yoğun bakım liyezon hemşireliğinin tanınmasını amaçlamaktadır.

*Anahtar Sözcükler:* Liyezon hemşiresi; hemşirelik; konsültasyon liyezon psikiyatrisi; yoğun bakım.

Nurses who are responsible for diagnosing and treating patients holistically in biopsychosocial dimension struggle in some situations that require specialized knowledge, skill and experience. The difficulties that nurses encounter in approaching patients with psychiatric illness in psychosocial diagnosis and caring of patients with physical illness are in the scope of "Consultation Liaison Psychiatry Nursing". And the difficulties regarding monitored, tracheostomized patients recently transferred from intensive care that require emergency interventions are in the scope of "Intensive Care Unit Liaison Nursing". Consultation liaison psychiatry nurse functions as a bridge between intensive care and psychiatry, and directly or indirectly maintains the psychological care of patients in the intensive care. The intensive care liaison nurse aims to decrease hospitalizations in the intensive care, prevent rehospitalizations due to preventable complications, ease the transition of patients from intensive care to the service, educate and support the family, take care of the patients in the service and help and train the nurses in the service. Effective communication and collaboration in patient care can be facilitated with liaison. While such a practice would increase the quality of the service given, it would also contribute to the wellbeing of the patients and decrease the inhibitions of the nurses. This article aims to increase the prevalence of consultation liaison psychiatry nursing and the acknowledgment of intensive care liaison nursing in our country.

*Key Words:* Liaison nurse; nursing; consultation liaison psychiatry; intensive care.

Hastanın biyo-psiko-sosyal boyutta tanınması ve bakımından sorumlu olan hemşireler, bazı rollerini yerine getirmekte daha az hazırlıklı olabilmekte, özelleşmiş bilgi, beceri ve deneyim

gerektiren hemşirelik uygulamalarında zorlanabilmekte, yardıma ihtiyaç duyabilmektedir.<sup>[1-3]</sup> Hemşirelikte akademik alanlardaki (iç hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği gibi) uz-

\*Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 3. Ulusal Kongresi'nde sunulmuştur (06-08 Nisan 2007, Antalya)

(Kocaman, Psikiyatri Hemşiresi) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul. İletişim adresi: Nazmiye Kocaman. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı, 34390 Çapa, İstanbul. Tel: 0212 - 533 63 69 Faks: 0212 - 532 59 89 e-posta: klpnurse@istanbul.edu.tr

manlaşma devam ederken, hastanelerde ve hastane dışı ortamlarda da özelleşmiş alanlarda üst uzmanlıklar yerini almaya başlamıştır. Hastanelerde diyabet, stoma bakımı, emzirme danışmanlığı hemşiresi, hastane dışında da iş yeri, okul, evde bakım hemşireliği ülkemizde de yaygınlaşmaktadır. Gazete ilanlarına bakıldığında ilanların "hemşire aranıyor" şeklinde değil, "yoğun bakım, çocuk, hemodiyaliz hemşiresi vb. aranıyor" biçiminde olması dikkat çekicidir. Hastanelerde sıklıkla karşılaştığım "hemşirenin doktoru, doçenti ya da profesörü mü var" tepkileri yanında, bu gelişmeler hemşireliğin farklı uzmanlık alanlarının tanınması anlamına gelmektedir.

Özelleşmiş bir alanda uzmanlaşmış olan hemşire, konsültasyon ve liyezon çalışma modelleri ile hastalara doğrudan ya da dolaylı olarak hizmet edebilir. Uzman hemşire konsültasyonda, kendi uzmanlık alanıyla ilgili olarak hastayı değerlendirip önerilerini sunabilir. Liyezon modeli çalışmasında, hastaların bakımında etkin iletişim ve işbirliği içinde çalışabilir.<sup>[4]</sup> Böyle bir uygulama, verilen hizmetin kalitesini artırırken, sadece hastaların iyiliklerine katkıda bulunmakla kalmayacak, aynı zamanda hemşirelerin engellenmişliklerini de azaltacaktır.<sup>[3]</sup>

Hemşirelerin, fiziksel hastalığı olan hastaların psikososyal tanılama ve bakımında ve psikiyatrik bozukluğu olan hastaya yaklaşımda yaşadığı güçlükler "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği"nin uygulama kapsamındadır.<sup>[4,5]</sup> Monitörize, trakeostomisi olan, acil müdahale gerektiren, yoğun bakımdan servise yeni alınmış komplike hastanın bakımında yaşadığı güçlükler de bu uygulama alanındadır.<sup>[6,7]</sup> Liyezon psikiyatrisi hemşiresi "genel hastane ile psikiyatri arasında", yoğun bakım liyezon hemşiresi "yoğun bakım ile genel servisler arasında" köprü görevi görmektedir.

Bu yazı, ülkemizde liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin yaygınlaşmasını ve yoğun bakım liyezon hemşireliğinin tanınmasını amaçlamaktadır.

## LİYEZON HEMŞİRELİĞİ

Liyezon (liaison); bağlantı, işbirliği anlamına gelen Fransızca bir kelimedir. Genel hastanede, farklı uzmanlık alanları arasında sürekli, düzenli, etkin ve karşılıklı iletişimi, işbirliğini ifade etmektedir. Hastaların tedavi ve bakımında or-

tak izlemi içerir ve bir öğrenme süreci olarak da görülür.<sup>[8-10]</sup>

Liyezon hemşireleri ilerlemiş uygulama hemşireleri veya klinik uzman hemşireleridir<sup>[11]</sup> ve psikiyatri, acil, çocukluk çağı hastalıkları gibi çeşitli özelleşmiş alanlarda görev yaparlar.<sup>[12]</sup> Liyezon hemşiresi, hastayı takip eden ekibin bir üyesi gibi, gerekli gördüğü durumlarda herhangi bir talep olmadan hastaları değerlendirir, bakıma doğrudan veya dolaylı olarak katılır. Genel olarak rolleri, iletişimi iyileştirmek, bakımın devamlılığını sağlamak, hastanede kalış süresini azaltmak, hastaneden topluma taburculuğu kolaylaştırmak olarak tanımlanmaktadır.<sup>[10,13-15]</sup> Liyezon hemşiresi, uzman uygulayıcı, eğitim, destek, danışmanlık, araştırma rolleri ile bütüncül bakım verilmesinde ve bakımın devamlılığının sağlanmasında etkindir.<sup>[6,7,16]</sup>

Liyezon süreci birbirleriyle ilişkili öğelerle süreklilik gösteren bir aktivitedir. Liyezon ekibi danışmanlara hiyerarşik olmayan bir ilişki sunar. İlişki bazı sorunlar nedeniyle gereklidir ve her iki sistem birbirinden yararlanır. Bir dış uzman olarak hizmet sunan liyezon ekibi hizmeti alana sorun çözmede katılır. Liyezon süreci gereksinimin saptanması, verilerin toplanması, oryantasyon, anlaşma/kontrat, iş aşamalarından oluşur.<sup>[9,17,18]</sup>

Liyezon uygulamasına karar verirken hastaların klinik gereksinimleri, ilgili servisin yapısal ve işlevsel düzeyi, servis elemanlarının eğitim ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.<sup>[8-10]</sup> Bunun için konsültasyon sonuçları önemli bir veri kaynağı olarak değerlendirilebilir. İşbirliği kurulan kliniğin yapısı ve işleyişi belirlenir ve bir çalışma planı hazırlanır. Etkili iletişim kurulması önemlidir ve ortak bir dil oluşturma farklılıkları azaltır. Gerçekçi beklentilerin belirlenmesi gereklidir ve odak, güçlüklerle başa çıkmada birlikte çalışmak olmalıdır. Bu doğrultuda yazılı bir kontrat basitçe oluşturulabilir. Bu aşamalardan sonra tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içeren iş aşaması, doğrudan ve dolaylı bakım fonksiyonlarıyla uygulanır. Sonuçta kısa fakat açık bir rapor yazılır, rapor hemşirenin uygulamasında temel aldığı teorik çerçeveye uyumlu olmalıdır.<sup>[9,17,18]</sup>

## LİYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ

Liyezon psikiyatrisi, kavramsal ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıklarını biyolojik, ruhsal ve sosyal bütünlüğü içinde ele

alma, çözümlene çabasının çağdaş tıbbi-psikiyatrik uzantısıdır.<sup>[19]</sup> Liyezon psikiyatrisi, tıp ile psikiyatri arasında kavramsal ve klinik bir köprü kurar. Böylece tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal hizmetlerin bütünleşmesine, eş zamanlı olarak sunulabilmesine ve eğitime katkı sağlar. Rutin konsültasyon ve görüş bildirmenin ötesinde, fiziksel hastalığı olan hastaların tedavi ve bakımında ortak hasta izlenmesini içerir. Liyezon rolü devamlı ve informaldır.<sup>[8,17,20]</sup> Konsültasyonlar acil sorunlar için önemlidir ancak, risk altındaki grubu tanıma ve hastalıkları önleme, olguyu ortaya çıkarma, bakım verenlerin durumunu açıklama, devamlı eğitim programlarının yürütülmesi ve genel hastanede yapısal değişimlerin sağlanmasında liyezon çalışma stratejileri daha geniş etkiye sahiptir.<sup>[21]</sup>

Cerrahi, dahiliye gibi tıbbi servislere görevli hekim ve hemşirelerin hastaların psikososyal bakımı için yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmektedir.<sup>[1,3]</sup> Bu ihtiyaca cevap veren liyezon psikiyatrisi hemşiresi, fiziksel hastalığı ya da yakınması olan hastalarda psikososyal sorunları ve psikiyatrik bozuklukları erken saptamayı, hastaya terapötik ortam sağlamayı, tedavi ekibi ile işbirliğini artırmayı ve hastalara psikososyal bakım sunmayı amaçlar. Hastaya olduğu kadar, sağlık elemanlarına da odaklanır, klinik hemşirelerinin bilgilendirilmesinden sorumludur.<sup>[4,5]</sup> Konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, liyezon çalışmasında taburculuk oranının arttığı, klinikteki hemşirelerin hastaların psikiyatrik sorunlarını daha erken ve daha sıklıkla fark edebildikleri, elde edilen sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.<sup>[22]</sup>

Yoğun bakım, hastaların, hastalıkların, tedavi yöntemlerinin ve ortamın özellikleri gereği hem hastalar, hem de sağlık çalışanları için özel bir alandır. Yoğun bakım hastalarında duyuşsal yoksunluk, duyuşsal yüklenme, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum, anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü, uyku bozukluğu, regresyon, tedaviyi reddetme gibi duyuşsal tepkiler ve psikiyatrik sendromlar ortaya çıkabilmektedir.<sup>[23]</sup> Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi bu hastalara psikolojik bakım verir ve hastaların psikososyal sorunlarının varlığını gösteren davranışları tanıyabilmeleri ve onları etkin olarak yönetebilmeleri için yoğun bakım hemşirelerini eğitir.<sup>[23-25]</sup>

## YOĞUN BAKIM LİYEZON HEMŞİRELİĞİ

Yoğun bakım liyezon hemşireliği de, son yıllarda Avustralya'da genel olarak sistemin gereksinimlerinden ve hemşirelerin profesyonel ilgisinden geliştirilmiştir. Bu uygulamanın ulusal politik ve stratejik nedenlerle ortaya çıkmadığı vurgulanmaktadır. Yoğun bakım yöneticileri frustrasyon yaşamakta ve deneyimli yoğun bakım hemşirelerinin servisi desteklemesinin çözüm olacağına inanılmaktadır.<sup>[7]</sup> Yoğun bakımda yatak kapasitesindeki yetersizlik, hasta sayısındaki artış, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, solunum sistemi sorunları özellikle trakeostomi bakımı, serviste çalışanları zorlayan kompleks ilaç tedavisi, ağrı yönetimi gibi nedenlerle yatış süresinin uzaması, önlenebilir komplikasyonlar nedeniyle tekrarlı yatışların olması, hastanın yoğun bakımdan servise geçişinde yaşanan sıkıntılar, serviste yoğun bakıma ihtiyacı olan monitörize, trakeostomili hastaların bakımında ortaya çıkan sorunlar, yoğun bakımdan servise yeni alınmış acil girişim gerektiren, komplike hastanın bakımında yaşanan güçlükler yoğun bakım liyezon hemşireliği uygulama alanını ortaya çıkaran gereksinimlerdir.<sup>[6,7]</sup> Yoğun bakımdan servise alınan hastanın ve ailenin psikolojik hazırlığının yeterli olmaması, hastanın ve ailesinin serviste kendilerini güvende hissetmemeleri, terk edilme duygusu, kontrol eksikliği gibi güçlükler yaşamaları,<sup>[12,16,26,27]</sup> servisteki elemanların kompleks gereksinimleri olan hastaların bakımında yeterli bilgiye ve klinik beceriye sahip olmamaları, hastaların ve ailelerin genel servisteki bakımla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri de gereksinimler arasındadır.<sup>[28]</sup> Bu uygulamanın yoğun bakıma zamanında yatışı sağlamak için bir strateji olduğu, yoğun bakımdan taburculuğa katkıda bulunmak, serviste ve toplumdaki sağlık elemanları ile kritik bakım becerilerini paylaşmak için geliştirildiği belirtilmektedir.<sup>[29]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşireleri önceleri eğitim biriminin içinde yer alsa da konfüzyona neden olduğundan, bir yıl sonra organizasyonel yapının içinde yer almasına karar verilmiştir. Liyezon hemşiresiyle ne zaman ve nasıl bağlantıya geçileceği, rolleri, pozisyonu konularında çalışılmış, formal ve informal bilgiler verilmiş, sunumlar yapılmış, rolün anlaşılmasına çalışılmıştır. Liyezon hemşireleri ilk zamanlar haftanın yedi günü 24 saat, 1998'den itibaren haftanın yedi günü 10 saat çalışmalarını sürdürmüş-

lerdir.<sup>[6]</sup> Son yıllardaki bir çalışmada Avustralya'da 170 yoğun bakım liyezon hemşiresi olduğu belirtilmiştir.<sup>[7]</sup> Yoğun bakım liyezon hemşireliğinin uzman yoğun bakım hemşireleri için bir kariyer yolu olduğu ifade edilmektedir. Bu pozisyonun, yoğun bakım hemşiresi için profesyonel olarak doyurucu, meydan okuyucu olduğu, sadece yoğun bakım ile servisler arasında değil hastanenin tüm servisleri arasında klinik, yönetim, araştırma, eğitim rollerini uygulama imkanı verdiği, otonomiye hissetmeyi, yoğun bakım bilgi temelini de aynı zamanda sürdürmesini sağladığı belirtilmiştir.<sup>[6]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşireliğinin ilk uygulamalarında yoğun bakımdaki hastalar servisin özelliğine veya iş yüküne bakılmaksızın özelleşmiş servise ya da orada yer yoksa yatak olan başka bir yere geçirilmişler. Bu yöntemde sıklıkla hastalar yoğun bakıma geri döndüğünden, yoğun bakım liyezon hemşiresi, hastanın hangi servise geçişinin uygun olacağına karar vermede rol almaya başlamıştır. Her sabah multidisipliner yoğun bakım ekibiyle vizitte taburcu olabilecek hastalar konuşulmuş, liyezon hemşiresi hastanın taburculuk kriterlerini değerlendirme formundaki puana göre servise geçişinin uygun olup olmayacağı konusunda objektif değerlerle bu karara aktif katılmış, hangi servisin uygun olacağı, bu servise transferi ve serviste gerekli bakımı almasının sağlanmasında yönlendirici olmuştur.<sup>[6]</sup> Böylece yoğun bakım liyezon hemşiresinin amacı genel olarak, yoğun bakımdan servise alınmaya karar verme aşamasından taburculuk sonrasına kadar tümünü yönetmek olarak tanımlanmıştır.<sup>[7]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşiresinin amaçları sistemin gereksinimlerine cevap verecek şekildedir. Bunlar;

- Yoğun bakımda uzun süreli hasta yatışını azaltmak.
- Mortaliteyi azaltmak.
- Önlenebilir komplikasyonlar nedeniyle tekrarlı yatışları önlemek.
- Yoğun bakıma planlanmamış geçişi azaltmak.
- Hastanın yoğun bakımdan servise geçişini kolaylaştırmak.
- Aileye eğitim vermek ve destek olmak.

- Servis hemşirelerine kaynak kişi olmaktır.<sup>[6,7,16,29,30]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşiresinin rolleri ve aktiviteleri de ayrıntılı olarak tanımlanmış, dört kategoride toplanmıştır. Bunlar, sağlık çalışanına eğitim ve destek, servisi tanılama ve liyezon, hasta bakımı ve desteği, aile eğitimi ve desteğidir. Bu kategorilerin her biri spesifik görevler olmasına rağmen uygulamada birbirinin içine geçmiştir.<sup>[7]</sup>

Sağlık çalışanına eğitim ve destek, tüm liyezon hemşirelerinin rolünün esasıdır. Hemşireler için kaynak kişi olmak ve bir bütün olarak organizasyonu yapmak en yaygın amacıdır. Servis hemşirelerine ve hekimine yoğun bakımdan gelen hastanın klinik öyküsünü sunar, onların hastaların gereksinimlerinin farkında olmasına katkıda bulunur. Servise araç desteğini sağlamak da kaynak görevi arasındadır. Yoğun bakım liyezon hemşiresi temelde yoğun bakımda hastaların kalış sürelerini kısaltmak, servis hemşirelerinin daha kompleks hastaların bakımıyla ilgili becerilerini artırmak amacıyla, informal yatak başı eğitimler ve formal sunumlar yapar. Hem yoğun bakım, hem de servis hemşirelerine onların isteğine veya kendi gözlemlerine göre klinik eğitim verir, hemşire elemanların bilgi ve becerilerine direkt katkıda bulunur. Trakeostomili hastalara da destek ve eğitimle yoğun bakımdan servise geçişi kolaylaştırır ve yoğun bakıma tekrarlı yatışları önlemede rol alır. Destek ve eğitim birbiriyle örtüşür. Liyezon hemşiresi servis ortamında tüm kritik bakım becerilerini kullanarak destek olur.<sup>[6,7,12,16,30,31]</sup>

Servisi tanılama ve liyezon, liyezon hemşirelerinin ikinci esas rolüdür. Bu aktivite, hastanın yoğun bakımdan servise başarılı şekilde geçişini yapabilmek için servisin kapasitesi hakkında bilgi toplamayı ve hasta transferi hakkında servislerle iletişime geçmeyi içerir. Yoğun bakımdan servise hasta transferinin zamanını ve uygunluğunu belirler, hastaların yoğun bakımdan servise geçişini koordine eder. Liyezon hemşiresi köprü görevi görür, servis ortamını ve elemanları yoğun bakımdan gelecek hasta için hazırlar. Servis liyezon aktivitesi yoğun bakım ile servis elemanları arasında iletişimi ve kohezyonu sürdürmek için zorunludur. Hekim ve hemşire arasındaki klinik işbirliğini geliştirmeye katkı sağlar.<sup>[6,7,12,16]</sup>

Hasta bakımı ve desteği, yoğun bakımdan servise alınan hastanın bakımının devamlılığını sağlamayı içerir. Yoğun bakım liyezon hemşiresi, hasta bakımını doğrudan kendisi verebilir ancak rolü daha çok servis elemanlarına kaynak olarak hastanın dolaylı bakımını sağlamada destek ve yatak başı eğitimidir. Hasta tanılama ve hasta durumunun gözlenmesi, hastanın eğitimi ve emosyonel destek, kompleks bakım gereken hastaların erken müdahalesi diğer aktiviteleridir. Liyezon hemşirelerinin çoğu trakeostominin yönetiminde ve gözlenmesinde önemli rol oynadıkları görüşündedir. Gereksiz İV kateterlerin azaltılmasında, hastanın girişimlere uygun hazırlanmasında önerilerde bulunur. Sıklıkla riskli hastalara odaklanır ve hastaların zamanında yoğun bakıma alınmasını sağlar. Akut hastalığı olan hastaların, acil durumların uygun ve zamanında yönetimi için multidisipliner ekiple işbirliği içinde çalışır.<sup>[6,7,16]</sup>

Aile eğitimi ve desteği rolü, hastanın ve ailenin servise geçişine hazırlanmasına ve servise uyum sağlamasına yardım etmeyi içerir. Hastalar ve aileler yoğun bakımın güvenliğinden ayrıldıktan sonra anksiyete hissedebilirler. Yoğun bakım liyezon hemşiresi hastanın ve ailesinin endişelerini azaltmada, gelecekte olabilecek hakkında bilgilendirmede rol alır. Hastaların ve ailelerin hastaneden taburculuğuna yardım eder.<sup>[6,7,27,28,30]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşireliği uygulamasının sonuçları ile ilgili hastaların ve ailelerin olumlu geribildirimlerde buldukları belirtilmiştir. Servis hemşirelerinin kompleks hastaların bakımında destek olan liyezon hemşiresinin rolünü uygulamadan üç ay sonra anladıkları ve kabul etmeye başladıkları, tıp elemanları tarafından kabulünün ise 18 ay - iki yıl arasında uzun bir süre aldığı ifade edilmiştir.<sup>[6]</sup> Servis hemşireleri tarafından bu rolün nasıl algılandığını inceleyen kalitatif bir çalışmanın sonuçları, servis hemşirelerinin yoğun bakım liyezon hemşireliği ile ilgili zengin tanımlar yaptıklarını göstermiştir. Hemşireler, bu rolü değişim ajanı, rol modeli, uzman danışman, katalizör olarak gördüklerini, liyezon hemşireleriyle iyi iletişim kurduklarını ifade etmişlerdir.<sup>[12]</sup> Başka bir çalışmada liyezon hemşirelerinin servis hemşirelerinin klinik yükünü azaltmadığı ancak hastaların ve ailelerin bakımında etkin olduğu, stresi azalttığı, hastanın ailesi ve servis hemşireleri

arasındaki ilişkiye katkıda bulunduğu saptanmıştır.<sup>[29]</sup>

Yoğun bakım liyezon hemşireliği rolünün kritik bakım hastaları için potansiyel olarak yararlı olduğu tanımlanmıştır.<sup>[12,27,31]</sup> Çalışmalar, yoğun bakıma tekrarlı yatışların ve mortalitenin azaldığını, yatakların kullanım kalitesinin arttığını, maliyet etkinliği sağladığını göstermiştir.<sup>[6,7,29]</sup> 1997-2002 yıllarında yoğun bakıma tekrarlı girişlerin %2.3'ten %0.5'e düştüğü<sup>[6]</sup> ve yoğun bakımdan servise geçişte pozitif etkileri olduğu saptanmıştır.<sup>[32]</sup> Liyezon hemşiresi tarafından verilen destek, hastalara ve ailelere bütüncül yaklaşım sağlamak ve yoğun bakım hastalarının geleneksel bakımını güvenli şekilde organize etmek için servis hemşirelerine güç vermektedir.<sup>[28]</sup>

Sonuç olarak, hastanenin tüm alanlarında kompleks hastaya bakım vermek için yoğun bakım liyezon hemşiresi, psikososyal bakım vermek için liyezon psikiyatrisi hemşiresi eşsiz bir roldedir. Günümüzde yoğun bakım liyezon hemşiresi servis ortamında stabil olmayan hastalara bakım veren ekibin bir parçasıdır ve değerli bir kaynak olarak görülmektedir. Liyezon psikiyatrisi hemşiresi de konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibinin vazgeçilmez bir üyesidir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve yoğun bakım liyezon hemşiresi hasta bakım kalitesine katkı sağlamakta, hemşirelerin zorlandığı bakım becerilerini geliştirmelerinde servis hemşirelerine destek olmaktadır. Önemli ihtiyaçlara cevap veren bu iki pozisyonun ülkemiz hastanelerinde de yaygınlaşmasının tercihten öte bir gereklilik olarak görülmesi uygun olur.

## KAYNAKLAR

1. Hicks S. The psychiatric nurse in liaison psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 1989;23:89-96.
2. Priest HM. Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological caregiving abilities. Nurse Educ Today 1999; 19:556-63.
3. Gorman LM, Luna-Raines M, Sultan D. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. Philadelphia: Davis Company; 2002.
4. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği rolleri. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2005;8:109-116.
5. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: Tarihsel bakış. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2006; 9:75-85.
6. Green A, Edmonds L. Bridging the gap between the

- intensive care unit and general wards-the ICU Liaison Nurse. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20:133-43.
7. Chaboyer W, Foster MM, Foster M, Kendall E. The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20:77-86.
  8. Gerety FK. Psychiatric consultation-liaison nursing. In: Mcfarland GK, Thomas MD, editors. *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1991. p. 911-21.
  9. Lehmann FG. Psychiatric liaison nursing: a consultation model. In: Stuart GW, Sundeen SJ, editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991. p. 779-94.
  10. Stuart GW, Sundeen SJ. Liaison nursing: A model for nursing practice. In: Stuart GW, Sundeen SJ, editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 3rd ed. St. Louis: Mosby Company; 1987. p. 784-99.
  11. Fairley D. Nurse consultants as higher level practitioners: factors perceived to influence role implementation and development in critical care. *Intensive Crit Care Nurs* 2003;19:198-206.
  12. Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M. The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *J Clin Nurs* 2005;14:766-75.
  13. Dukkers van Emden DM, Ros WJG, Berns MPH. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in The Netherlands. *J Adv Nurs* 1999;30:1186-94.
  14. Topp F. Providing intensive care outreach. *Australian Nursing Journal* 1999;7:29.
  15. Arts SE, Francke AL, Hutten JB. Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *J Adv Nurs* 2000;32:292-300.
  16. Endacott R, Chaboyer W. The nursing role in ICU outreach: an international exploratory study. *Nurs Crit Care* 2006;11:94-102.
  17. Barton DF. Consultation and liaison work. In: Janosik EH, Davies JL, editors. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Boston: Jonesand Bartlett Publishers Inc; 1989. p. 815-29.
  18. Lehmann FG. Consultation liaison psychiatric nursing care. In: Stuart GW, Sundeen SJ. editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book 1995. p. 851-62.
  19. Özkan S. *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. İstanbul: Roche İlaç Sanayii A.Ş; 1993.
  20. Boyer VM, Kirsch JC. Psychiatric liaison/consultant nursing. In: Ketner NL, Schwecke LH, Bostrom CE. editors. *Psychiatric nursing a psychotherapeutic management approach*. St. Louis: Mosby Year Book 1991. p. 150-64.
  21. Strain JJ. Needs for psychiatry in the general hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1982;33:996-1001.
  22. Sensky T, Cundy T, Greer S, Pettingale K. Referrals to psychiatrists in a general hospital-comparison of two methods of liaison psychiatry: preliminary communication. *J R Soc Med* 1985;78:463-8.
  23. Kaçmaz N. Yoğun bakım hastalarının psikolojik sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2002;6:75-81.
  24. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psiko-sosyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi* 2005;9:49-54.
  25. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı* 2006;47:97-107.
  26. Russell S. Continuity of care after discharge from ICU. *Prof Nurse* 2000;15:497-500.
  27. Leith BA. Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Crit Care Nurse* 1998; 18:24-32.
  28. Leith BA. Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart Lung* 1999;28:210-8.
  29. Ball C, Kirkby M, Williams S. Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. *BMJ* 2003; 327:1014.
  30. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. The impact of a liaison nurse on ICU nurses' perceptions of discharge planning. *Aust Crit Care* 2004;17:25-32.
  31. Russell S. Reducing readmissions to the intensive care unit. *Heart Lung* 1999;28:365-72.
  32. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Elliott D, Endacott R, Richards B. The impact of an ICU liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. *Anaesth Intensive Care* 2006;34:55-60.

## Kalp Hastalarında Ruhsal Sorunlar ve Bakımın Psikososyal Boyutu

### Mental Problems in Cardiac Patients and Psychosocial Aspects of Care

Leyla KÜÇÜK

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):48-51*

Sağlıklı olma durumu bireylerin yaşamlarını mutlu ve verimli olarak sürdürebilmelerinde son derece önemlidir. Oysa hastalık ve hastaneye yatma, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, kaygı ve endişelerini artırıp, yaşam dengesini ve dolayısıyla üretkenliğini bozan bir deneyimdir. Böyle yabancı bir ortamda birey, yaşamı tehlikelerle doluyuşcasına korku ve güvensizlik duygusuna kapılabilir. Bu durum zamanla artan huzursuzluğa, anksiyeteye neden olarak bireyin yaşam dengesini bozar, benlik imgesini zedeleyebilir ve iyileşmeyi engelleyebilir. Kalp hastalıklarında depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlükleri sık görülen ruhsal sorunlardır. Birey yaşamı için tehlike gibi algıladığı bu dönemde anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozukluklar sıklıkla görülür. Hastanın depresyon düzeyini azaltmak ve ortadan kaldırmak amacıyla uygulanacak hemşirelik girişimlerinin başarısının, hemşirenin hastasının içinde bulunduğu durumu, gün içindeki fiziksel ve emosyonel değişimleri gözleme, dinleme yeteneğine bağlı olduğu unutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kalp hastalığı; ruhsal hastalıklar; hemşirelik; psikososyal boyut.

Maintaining a healthy status is crucial for individuals in leading a happy and productive life. However, illness and hospitalization negatively affect life quality by increasing anxiety and worries, and deteriorate the productivity and equilibrium of life. In such an unfamiliar environment, a person might have fear and feel insecure as if his/her life is in danger. In time, this situation increases the feeling of uneasiness, causes anxiety, disrupts the equilibrium of life, injures one's self image and hinders healing. In addition to major psychiatric disorders such as depression, anxiety and psychotic reactions, denial, dependence, adjustment problems are common mental problems in heart diseases. During this period which the individual perceives as a threat to his life, psychological disorders like anxiety and depression are frequently encountered. It should be kept in mind that, the success of nursing care interventions aiming to decrease and eliminate the level of depression of the patient, depends on the nurse's ability to listen and observe the condition and daily physical and emotional changes of the patient.

**Key Words:** Heart diseases; mental disorders; nursing; psychosocial aspects.

Yoğun bakım üniteleri, hastane psikiyatrisi uygulamasında konsültasyonla sınırlı olmayan, liyezon bağlamında işbirliğinin en gerekli oldu-

ğu bölümlerdendir. Bu birimlerde anksiyete, uyum güçlüğü, panik hali, depresyon, inkar reaksiyonu, organik beyin sendromu (delirium),



kısa reaktif psikoz, travma sonrası stres bozukluğu gibi tablolar sık görülen ruhsal sorunlardandır.<sup>[1,2]</sup>

Anjina pektoristen koroner by-pass cerrahisine kadar uzanan yelpazede kardiyovasküler sistem hastalıklarının hemen hepsi depresyon, anksiyete bozuklukları, deliryum, kişilik değişiklikleri gibi çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilir.<sup>[1,3-5]</sup>

Kalp hastalıklarında en sık psikiyatrik konsültasyon istek nedenleri şunlardır:

- Koroner hastalığın ortaya çıkışı, seyir ve gidişini etkileyen psikşik sorunlar.

- Kardiyak hastalarda kaygı bozukluğu, depresyon tanısı ve tedavisi.

- İlaç yan etkileri.

- Kalp hastalığı olmadığı halde sürekli göğüs ağrısından yakınma ya da uygun tedaviye rağmen yakınmaların geçmemesi.

- Yaşam biçiminin değiştirilmesi. Bu çerçevede sigara, alkol kullanımının tedavisi, diyet ve kolesterol alımının denetimi.

- Fobik düzeyde aktiviteden (cinsel işlevler vs.) sakınma.<sup>[1,5,6]</sup>

Kalp hastalıkları genelinde kaydedilen en yaygın psikiyatrik bozukluklar ise şunlardır:

- Kaygı bozukluğu.

- Depresyon.

- Nöropsikolojik bozukluklar.

- Psikoseksüel bozukluklar.<sup>[1,6]</sup>

Koroner arter hastalığının semptomlarının ortaya çıkışı, kişide anksiyete yaratır. Anjina, aritmiler ve akut kalp yetersizliği, kalp krizi, sakatlık ve ani ölüme ilişkin kaygıya neden olur. Psikodinamik olarak bireyin kaygısı, çeşitli düzeylerde yok olma korkuları, edilgenlik, obje kaybı ve suçluluk duygusundan kaynaklanır. Anksiyete sıklıkla somatik olarak ve akut otonomik ve fizyolojik belirtilerle de (soğuk ter, bulantı, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs sıkışması vb.) uyarılır.<sup>[1,7,8]</sup>

Kalp hastalıkları ve özellikle akut miyokard infarktüsü psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Miyokard infarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlan-

ma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Bir kişi kalbinden rahatsız olduğunu kavrayınca ölümü aklına gelir. Bu hastalarda kuşkusuz en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur. İkinci en büyük kaygı kaynağı ise sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlik de (ego) infarktüs ve zedelenme yaşamaktadır. Kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmiş, yaşam amaçları, cinselliği tehdit altına girmiş veya azalmış gibi hissedilmektedir.<sup>[1,2,7]</sup>

Bu aşamada hastalar çoğunlukla kısıtlamaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Benlik infarktüsü duygu ve algısı bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine yol açabilir. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. En sık görülen ruhsal sorun kaygı bozukluğu olup, bunu depresyon izlemektedir. Tedavi, takip ve bakımda güçlüklerle neden olan davranış bozuklukları ikinci en sık kaydedilen psikiyatrik konsültasyon isteme nedenidir. Bunu hostilete, deliryum, fonksiyonel yakınmalar, aile ile görüşme isteği, uyku bozuklukları, ilaç önerisi izlemektedir. Tedaviyi reddetme, agresif davranışlar, inkar en sık görülen davranış sorunlarıdır. Bu hastalarda İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkar ve tedaviyi reddetme, üçüncü ve beşinci günden sonra ise depresif belirtiler görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının, kaygı ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır.<sup>[3,5,8]</sup>

Kalp krizinin akut dönemi geçtikten sonra ve genel olarak kronik kalp hastalıklarında depresyon ön plana çıkar. Kişi yaşam amaçları, duygusal yatırım alanları, ilgi alanlarının, programladığı uğraş ve hedeflerin gerçekleşmeyeceği endişesini duyar. İşinde, ev ile ilişkisinde ve gerek aile içi gerek toplumsal rol ve işlevlerinde yeterli olmayacağı endişesini yaşar.<sup>[2,8,9]</sup>

Gerçek kayıplar ya da hasta tarafından algılanan kayıp endişeleri, kaybedilen işlevler ya da işlev kaybı endişesi, cinsel yetersizlik endişesi, iş, ev ve sosyal etkinliklerini yürütemeyeceği

kaygısı, kişide narsisistik zedelenmeye yol açar. Yaşam amaçlarının kaybı endişesi, obje kaybı gibi kayıp tepkileri yanında, geçmişe ilişkin suçluluk düşünceleri gelişebilir. Sigara kullanıyor olması, kilolu olduğu, yeterince spor yapmadığı gibi yetersizlik ya da suçluluk düşünceleri gelişebilir.<sup>[1]</sup>

Bazı hastalar kendilerinin hasta olmadığını ispat etme çabasına girerler. Sağlıkları için zararlı her türlü aktiviteyi ısrarla sürdürürler. Bir kısım hastalar ise tam tersine her şeyden vazgeçici bir tutum geliştirir. Yaşamaktan, mücadele etmekten tümünden vazgeçer. Sanki günlük yaşamın zorluk ve uğraşlarından, hayatın gerektirdiği yükümlülükten sakınmak için geçerli bir neden bulmuşlardır. Bir diğer savunma biçimi de, kardiyak nöroz veya hipokondri gelişimidir. Bu grup hastalar tüm dikkat, enerji ve duygularını kalp bölgesine odaklandırır. Normal sınırlar içindeki en ufak fizyolojik değişikliği veya diğer nedenlere bağlı olabilecek her türden bulguyu, kalp krizi şeklinde yorumlar ve doktor doktor dolaşırlar. Bu hastalıklarda istirahatle nefes darlığı, baygınlık, boğulma hissi ön plandadır. Bu kişilerin kaygısı psikiyatri ile işbirliği içinde izlenmelidir.<sup>[1,2,5,8]</sup>

Bu hastalardaki ileri kaygı, ölüm korkusu ve belirsizlik düşüncesi zaman geçtikçe, ölmediğini ve yaşadığını gördükçe göreceli olarak azalır ve kendini daha iyi hisseder. Bu süre hastaya göre birkaç saatten 1-2 güne kadar devam eder. Sağlık ekibinin hastalığı ve hastayı algılama biçimi, hastanın hastalığını ve kendini algılama biçimini etkiler.<sup>[1,5]</sup>

Ayrıca letarji, halsizlik, iştah azlığı, psikomotor retardasyon, kardiyak hastalığa (kalp yetersizliği) bağlı olabileceği gibi, depresyona ilişkin psikofizyolojik bulgular da olabilir. Ruhsal çöküntülük, ilgi kaybı, zevk yetisinin azalması, suçluluk ve yetersizlik duyguları, intihar düşünceleri, düşünce akışında yavaşlama gibi duygulanıma ve düşünce akış ve içeriğine ilişkin belirti ve bulgular depresyon tanısında yardımcıdır.<sup>[1,9]</sup>

## BAKIMIN EMOSYONEL YÖNÜ

Kalp hastalıklarında ortaya çıkan depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlükleri ve risk faktörü olan alışkanlıkların düzeltilmesi için de psikoterapi

gereklidir. Bu hastalarda psikoterapötik yaklaşımda her şeyden önce hastanın korku ve kaygılarını serbestçe ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastalığın, hasta için öznel anlamı ve hastalığın nasıl algılandığı anlaşılmalıdır. Hastalıkla ilgili gerçek ya da endişe edilen olasılıklarla ilgili kaygılarını ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastanın hastalığa tepkileri, yaşı, yaşam dönemi, kültürü, kişilik yapısı, hayattan beklentileri ve duygusal yatırım alanlarına göre değişir. Bazı hastalarda ölüm korkusu öncelikli iken, bazılarında özürülük endişesi, cinsel etkenlikte yetersizlik endişesi ön plandadır. Endişe kaynaklarına, hastalıkla ilgili kaygı odaklarına göre yaklaşımlar farklıdır. Genel olarak hastaların hastalıkları üzerinde yeterli denetim sağlayabildiklerini hissettikleri ölçüde kaygı azalır, uyum kolaylaşır. Bilgilendirme, güvence ve desteğe rağmen yakınmalar, korku ve kaygılar devam ediyorsa sistematik psikoterapi gereklidir.<sup>[1,2,7,10]</sup>

Yoğun bakım birimlerinde ortaya çıkan psikopatolojik sendromların tedavisinde psikofarmakolojik tedavinin yanında sıklıkla medikal psikoterapötik, davranışsal ve psikososyal girişimler gereklidir. Genel olarak izolasyona yol açmadan çevresel uyaran ve yüklenmeleri azaltmak, bilgi, gerçekçi güvence ve umut vermek, gerçeği değerlendirmesinde yardımcı olmak, geçici bağımlılık ve inkara izin vermek gibi psikoterapötik girişimlerin yanında, duyarısızlaştırma ve sıklıkla gevşeme tekniklerinden geniş ölçüde yararlanır.<sup>[1,2,5]</sup>

Kaygı, gerekli tedavinin yürütülmesine engel değilse bir süre müdahale edilmez. Hatta böyle ölümcül ya da katastrofik dönemlerde inkar davranışının kaygının artmasını engellediği ve morbiditeyi azalttığı belirtilmiştir. Ancak inkar çok ileri psikotik boyutta, süreklilik kazanmış ve tedaviyi aksatıyor ise ya da hasta inkar davranışı nedeniyle risk faktörlerini dikkate almıyorsa müdahale ve tedavi gerekir. İnkâr davranışının giderilmesinde esas olan didaktik emirler vermek değil, bu davranışın ve direncin psikolojik nedenlerini anlamak, hastanın düşünce ve duygularını açıklamasına izin vermek, ona zaman tanımak, hastalığına rağmen yapabileceklerini göstermektir. Hastayla kurulan terapötik iletişim kavrayıcı, empatik, destekleyici ve tıbbi etik ilkelere uygun olmalıdır. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı anlaşılmalı, ve hasta yargılanmamalıdır. Anksiyeteli, deprese korku-

ları olan ağrı yaşayan hasta için analjezikler sadece ağrıyı azaltabilir. İletişimde dinleme önemli bir noktadır. Yalnızca sözler değil, sözlerden daha fazla şey ifade eden davranışlar dinleme ve gözlem ile anlaşılabilir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerindeki hemşireler iyi birer gözlemci olmalı ve hastaların sözel ifadeleri kadar sözsüz ifadelerini de değerlendirmelidir. Hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişikliği ve psikolojik gereksinimlerini daha erken tanıyabilmektedirler. Bütüncül hasta bakımı verilmesi, tedavi ve bakımın niteliğini artıracaktır. Bu nedenle hastadaki ruhsal belirtiler ekiple paylaşılmalı ve konsültasyon liyezon psikiyatrisinden işbirliği ve destek istenmelidir.<sup>[1,2,10]</sup>

### KAYNAKLAR

1. Özkan S. Kalp hastalıklarının psikiyatrik yönü (Psikokardiyoloji). In: Özkan S, editör. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç Yayınları; 1998-1999. s. 61-70.
2. Küçük L. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin umut düzeylerine ve yoğun bakımda kalış sürelerine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
3. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation I: review of psychosocial factors. Gen Hosp Psychiatry 2002; 24:121-6.
4. Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, Mullan MG, McLaughlin TJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:275-84.
5. Özkan S. Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar In: Özkan S, editör. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları; 1993. p. 103-8.
6. Niaura R, Goldstein M. Koroner arter hastalığı, ani ölüm ve hipertansiyon. In: Stoudemire A, editör. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler, 1. Baskı. Ankara: Compos Metin Yayınları; 1997. s. 35-52.
7. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2003;42:1801-7.
8. Vieberg VR, Dougherty LM, Nicholson CS. Mental stress and the cardiovascular system Part IV. Chronic mental stress and cardiovascular disease: depression and anxiety. Medical Update For Psychiatrist 1998;3:1:22-7.
9. Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur H, Scholey P, Suskin N, et al. Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. J Psychosom Res 2005;59:153-60.
10. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum gücünü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

### III. ULUSAL YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ KONGRESİ HAKKINDA

Çok Değerli Meslektaşlarımız,

III. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'ni Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, 06-08 Nisan 2007 tarihleri arasında IC Santai Otel, Belek-Antalya'da yaptı.

III.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi bilimsel programını, kongre düzenleme ve bilimsel kurulu üyeleri tüm yoğun bakım ünitelerini kapsayacak şekilde geniş yelpaze içinde hazırladı. Yoğun bakım konusunda uzman hemşireler, hekimler ve öğretim üyeleri kongrede bilgilerini paylaşma fırsatını buldu.

Kongreye katılanlar arasında; Türk Yoğun Bakım Derneği Başkanı Prof. Dr. Ali Günerli, Pof. Dr. Nahit Çakar, Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Genel Sekreteri Prof. Dr. Serap Aykut Aka, Yara Bakım Derneği Başkanı Prof. Dr. Bülent Erdoğan, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Başkanı Prof. Dr. Alev Dramalı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü aynı zamanda Preoperatif Hemşireler Derneği Başkanı Prof. Dr. Deniz Şelimen, Evde Bakım Derneği Başkanı Prof. Dr. Güler Cimete, Hematolojik Onkolojik Kemik İliği Transplantasyonu Derneği Başkanı Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Keskin, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Başkan Yardımcısı Prof. Dr. Korhan Taviloğlu ve Ostomi Derneği Başkan Yardımcısı Doç. Dr. Ayişe Karadağ vardı.

İçeriği kapsamlı olan kongrede; *Yoğun Bakım Ünitesinde İnsandan Kaynaklanan Hatalar, Yeni Türk Ceza Kanununun Yoğun Bakım Hemşireliğine Yansımaları, Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabulü, Hemodinamik İzlemede Hemşirelik Yaklaşımı, Major Yanıklı Hastanın Yoğun Bakımı, Yoğun bakım Ünitesinde Yaşlı Hastanın Bakımı, Organ Nakli, Terminal Dönemdeki Hastanın Bakımı, Yoğun Bakım Ünitesinde Ağrılı Hastanın Bakımı, Yoğun Bakımda Enfeksiyon Kontrolü, Yara Bakımında Yenilikler, Yoğun Bakım Ünitesinde Liyezon Hemşireliği, Kardiyolojide Yenilikler, Akut Batın ve Kolostomi Bakımı ve Yenidoğanda Respiratuar Distres Sendromu* konuları işlendi. Yoğun bakım hemşirelerinin konulara ilgisi büyük oldu. Kongre ile ilgili notlar şöyledir;

Kongreye Adana ve İstanbul başta olmak üzere 397 kişi katıldı. Kongre sırasında katılımcılardan

yaklaşık 50 üyelik başvurusu kabul edildi ve ücretsiz olarak derneğin dergileri verildi.

Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı, Prof. Dr. Fulya Sarvan tarafından yönetilen ve kongrenin ilk paneli olan "Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibinin Organizasyonu ve Yönetimi" oturumu, hemşireliğin öncülerinden Prof. Dr. Perihan Velioğlu'nun anısına ithaf edildi. Panel öncesi, Prof. Dr. Perihan Velioğlu'nun biyografisi sunuldu.

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) öğretim üyelerinden ve Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin geçen dönem başkanlarından Yrd. Doç. Dr. Aysel Badır ve Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen tarafından kongre esnasında "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İle İlgili Görüşleri" konusunda anket çalışması yapıldı. Kongrenin sonunda, katılımcılarla önemli sonuçlar paylaşıldı. Anket sonuçları, hasta güvenliği konusunda hataların nedeninin; insandan, sistemden, iletişim ve eğitimden kaynaklandığını ortaya koydu.

Kongreye gönderilen çalışmalar bilimsel jüri tarafından değerlendirildi. Kongrede 18 sözlü sunum, 31 poster çalışması yer aldı. Sözlü sunum ve poster birinci, ikinci ve üçüncüleri Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği ve Prof. Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu tarafından ödüllendirildi. Ödül alan en iyi çalışmalar şöyledir;

**Sözel bildiri değerlendirme jürisi:** Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu, Prof. Dr. Deniz Şelimen, Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen, Yrd. Doç. Dr. Sakine Memiş.

1. Ayşe Karakulak, Alim Ekinci, Fatma Küçükörenköy. *Kısıtlama Uygulanan Hastalarda Bilinçli ve Güvenli Hasta Bakımı*. Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi.

2. Sevim Çelik, Selma Gürkan, Yıldız Atılğan, Zeynep Ustabaşı, Aysel Sarı. *Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Ameliyathaneden Yoğun Bakıma Transferin Hemodinami ve Kan Gazların Üzerine Etkileri*. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Alman Hastanesi.

3. Hilal Alkan. *Torakotomi Sonrası Ağrı Tedavisinde Devamlı İntravenöz İnfüzyonla Hasta Kontrollü*

*Analjezinin Karşılaştırılması.* SB Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

**Poster bildiri değerlendirme jürisi:** Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu, Prof. Dr. Fatma Eti Aslan, Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Keskin, Dr. Gülçin Bozkurt.

1. Meryem Yavuz, Gülin Dinçarslan, Seda Ilgın, Dilek Suakar. *Basınç Yaralarının Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Hasta Sonuçlarına Etkisi.* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ege Üniversitesi Hastanesi.

2. Meral Madenoğlu Kıvanç, Selma Tepehan, Erdem Özkara, Atilla Senih Mayda, Nevzat Alkan. *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakış Açısıyla Hemşire-Hekim İletişimi.* İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Düzce Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi.

3. Havva Gezgin, Meral Canbazoğlu, Güzide Özdemir, İlkur Aslan, Yeşim Gümgümcü. *Yoğun Bakımda Çalışan Hekim Hemşirelerin Pasif Ötenaziye Bakışları.* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi.

Ayrıca Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği kuruluşunun 15. yılının bu kongreye rastlaması, katılım-

cılarla kutlanması ve bu vesileyle derneğin kurucu üyelerine, geçmiş dönem başkanlarına plaket verilmesi kongreye ayrı bir renk kattı.

Kongrenin açılış gününde gelerek ya da faks mesajları ile destek veren Antalya Valisi Alaaddin Yüksel'in, Antalya Büyükşehir Belediye Başkanı Menderes Türel'in, Antalya İl Sağlık Müdürü Dr. Hüseyin Gül'ün ve Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin kurucu üyesi aynı zamanda ilk başkanı Ayşe Pişkin'in, Prof. Dr. Perihan Veliöğlu Hemşirelik Fonu Mütevelli Heyeti Başkanı Prof. Dr. Sevgi Oktay'ın, değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan alanında uzman konuşmacıların ve kongreye katılarak destek olan yoğun bakım hemşirelerinin, işbirliği sağlayan Fides Kongre Organizasyonun, sponsorluklarıyla kongreye desteklerini esirgemeyen medikal firmaların ve basın sponsoru Cumhuriyet gazetesinin kongreye katkıları hiçbir zaman unutulmayacaktır.

Yoğun bakım hemşirelerine bilimsel ve sosyal yönden yenilikler getiren III. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nden sonra hep daha iyiye, daha güzele, daha doğruya ulaşmak için nice 15 yıllara ve kongrelere.

Yoğun Bakım Hemşireler Derneği Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç



### **Kongremize değerli katkılarından dolayı;**

AMS İmalat İthalat ve İhracat Ltd. Şti.  
Becton Dickinson İthalat ve İhracat Ltd. Şti.  
Bıçakçılar Tıbbi Cihazlar Sanayi ve Ticaret AŞ.  
Cumhuriyet Gazetesi İletişim Sponsoru  
Draeger  
EBS Evlerde Bakım Hasta Bakım Servisleri Ltd. Şti.  
Eczacıbaşı Baxter Hastane Ürünleri  
Fides Kongre & Organizasyon  
Güney Grup Medikal  
HAS-PET İthalat İhracat ve Pazarlama Ltd. Şti.  
Meditera İthalat ve İhracat Ltd. Şti.  
MT Sağlık Ürünleri Sanayi ve Ticaret AŞ.  
NSM İnşaat Dış Tic. Ltd. Şti.  
Tempur Özgün Kimyevi Madde Tıbbi Malzeme Sağlık Hizmetleri Sanayi ve Ticaret AŞ.  
SM Steril Sağlık Malzemeleri Sanayi ve Ticaret AŞ.  
Startek Ticaret  
TTM Tadımlı Ticaret ve Mümessillik Ltd. Şti.  
Yiğit Sağlık Araç ve Gereçleri İthalat ve İhracat Ltd. Şti.

**firmalarına teşekkür ederiz.**



### III. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 6-8 Nisan 2007 tarihlerinde Antalya'da yapıldı.



Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibinin Organizasyonu ve Yönetimi panelini yöneten Prof. Dr. Fulya Sarvan ile panelistlerden Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Keskin, Uzm. Hemş. Nilay Sağnak, Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün'ü Dernek Başkanı Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç ve Üye Uzm. Hemş. Besey Güneş Ören kutlarken görülmektedir.

Katılımcılar, değişik ürünlerin sergilendiği standlara yoğun bir ilgi gösterdi.





Prof. Dr. Serap Aykut Aka'nın yönettiği Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabulü konulu panelde Yönetim Kurulu üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Sevim Çelik ve Uzm. Hemş. Hanife Demir sunumlarını yaparken görülmektedir.



Kongre Düzenleme Kurulu üyeleri ile Kongre Organizasyon Firması çalışanları toplu olarak görülmektedir.



Dernek Başkan Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün, Vez. Uzm. Hemş. Hanife Demir ve Üye Uzm. Hemş. Nilay Sağnak ile Yön. Kurulu eski üyelerimizden Berrin Tunalı gala gecesi masasında görülmektedir.



Yönetim Kurulu üyeleri ve Başkan gala gecesi pastasını keserken toplu olarak görülmektedir.

## TOPLANTI - KONGRE - DUYURULAR



### 3<sup>rd</sup> EfCCNa Congress / 27<sup>th</sup> Aniarti Congress: Influencing Critical Care Nursing in Europe (9-11 October 2008 - Florence, Italy)

On behalf of the European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the Italian Association of Critical Care Area Nurses (Aniarti) we have great pleasure of inviting you to attend the 3<sup>rd</sup> EfCCNa Congress and the 27<sup>th</sup> Aniarti congress. The joint congress will be held in Florence, Italy from 9-11 October 2008.

The congress themes are:

- Clinical practice improvement
- Education in critical care nursing
- Social and cultural care issue
- Research and evidence-based care
- Technology improving patient outcome

Successful authors must register as congress delegates in order to be eligible to present their paper or poster.

#### **Deadline Abstract Submission: 15 April 2008**

We welcome abstract submissions that address clinical, educational and professional issues at the forefront of critical care nursing. The international scientific committee is particularly interested to receive abstracts (for oral presentations or posters) submitted on the following five themes:

Clinical practice improvement; Education in critical care nursing; Social and cultural issues; Research and evidence-base care; Technology improving patient outcomes.

When submitting an abstract please ensure you meet the following criteria:

1. Language: All abstracts must be submitted in English
2. Abstracts should be electronically submitted to: [efcna2008@aol.com](mailto:efcna2008@aol.com)
3. Abstract should be structured according to the following guidelines:

- Title: (size 12 font, typed in bold Times New Roman lower-case letters, as in sentence, except for abbreviations and study names).

Authorship (provide names, initials and affiliation of authors; underline name of presenting author)

- Contact details: All abstracts must include an address for correspondence, email and telephone number
- Abstract layout: This should be up to 300 words, and up to 3 references. In the case of research please use the following headings: Aim, methods, results, conclusion. If you work is an audit or practice development please use the following headings: Background, aim, results and implications

- Registration: All successful authors must register as congress delegates in order to be eligible to present at the congress. The decisions of the International Scientific Committee are final and panel members will not enter into discussions.

EfCCNa and Aniarti are offering six congress travel scholarships worth up to a maximum of €500 each. Three scholarships for international delegates and three for Italian delegates. The funding will go towards the costs of travel and conference registration. To apply, indicate whether you wish your abstract to be considered for (a) Young Scientist, or (b) Best practice or (c) Educational innovation. You may only choose one option and costs will only be available for the lead presenter.