

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

TÜRK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI
(JOURNAL OF THE TURKISH SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSES)



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

YIL (YEAR) 13 CİLT (VOLUME) 13 SAYI (NUMBER) 2

ARALIK (DECEMBER) 2009



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.- TL'dir. Aboneliğin işlemeye başlaması için, ücretin TYBHD 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

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

ALTI AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED TWO TIMES A YEAR

Cilt 13, Sayı 2, Aralık 2009

ISSN 1302-0498

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

**Türk Yoğun Bakım Hemşireleri
Derneği Adına
Sahibi**

(Owner on behalf of the
Critical Care Nurses Society)

Yasemin Akbal Ergün

Yazı İşleri Müdürü
(Publishing Manager)

Berin İnal Tunalı

Web

www.tybh.org.tr

Yönetim Yeri Adresi
(Corresponding Address)

Altıntepe Mah., Üstündağ Cad.
Erez Apt., No: 7, D:12
34840 Küçükyalı, İstanbul
Tel: 0216 - 330 20 70 / 1159
e-posta: info@tybhd.org.tr
Yayın Türü: Süreli Yayın

Yayıncı / Publisher

Ekin Tıbbi Yayıncılık
Osmanağa Mah. Nüzhet Efendi Sok.
No: 29/3 34714 Kadıköy, İstanbul
Tel: 0216 - 337 70 73 Faks: 0216 - 345 71 30
e-posta: ekin@ekintibbiyayincilik.com.tr

Baskı / Press

Armoni Nuans Görsel Sanatlar
ve İletişim Hizmetleri
Bostancı Yolu Cad., Keyap Sanayi Sitesi,
B1 Blok, No: 24-A, 34775 Ümraniye, İstanbul
Tel: 0216 - 540 36 11 Faks: 0216 - 540 42 72
e-posta: info@armoninuans.com

Baskı tarihi: Haziran 2011

Baskı adedi: 600

Editör (Editor)

Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Review Board)

- Asiye Durmaz Akyol, Doç. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
- Neriman Akyolcu, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Fatma Eti Aslan, Prof. Dr.
Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
- Kamerya Babadağ, Prof. Dr.
İstanbul
- Aysel Badır, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
- Sevim Çelik, Yrd. Doç. Dr.
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Zonguldak
- Fatma Demir, Yrd. Doç. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
- Aklime Dicle, Yrd. Doç. Dr.
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
- Zeynep Dörtbudak, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
- Zehra Durma, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul
- Feray Gökdoğan, Prof. Dr.
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Bolu
- Sevgi Hatipoğlu, Prof. Dr.
GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara
- Emine İyigün, Yrd. Doç. Dr.
GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara
- Ayfer Karadakovan, Prof. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
- Meral Madenoğlu Kıvanç, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
- Sakine Memiş, Yrd. Doç. Dr.
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Aydın
- Mukadder Mollaoglu, Doç. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
- Sevgi Oktay, Prof. Dr.
İstanbul
- Nermin Olgun, Prof. Dr.
Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
- Besey Güneş Ören, Dr.
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
- Nadiye Özer, Yrd. Doç. Dr.
Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Erzurum
- Çaylan Pektekin, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Necmiye Sabuncu, Prof. Dr.
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Hatice Tel, Doç. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
- Havva Tel, Doç. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
- Özge Uzun, Doç. Dr.
İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya
- Suzan Yıldız, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Birsen Yürüngen, Prof. Dr.
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
- Neriman Zengin, Dr.
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

İÇİNDEKİLER

Editörden	v
Yazarlara Bilgi	vi

ARAŞTIRMA

Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi <i>Incidence of bleeding complications following percutaneous transluminal coronary angioplasty and related risk factors</i> Özlem Özger, Nermin Olgun	47
Temel yaşam desteği kursuna katılan hemşirelik/sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kurstaki başarı, beklenti ve memnuniyetleri <i>Success, expectations, and satisfaction levels of nursing/health school students attending to the basic life support course</i> Emine Türkmen, Işıl Işık, Selvinaz Balcı, Serpil Akkuş Topçu, Serpil Abalı, Pelin Karaçay	55
Öğrenci hemşirelerin mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitelerinde çalışma hakkındaki görüşleri <i>Opinions of nursing students about working in intensive care units after graduation</i> Sevim Çelik, Funda Veren	63
Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal tacizden etkilenme durumlarının incelenmesi <i>Evaluation of response levels of intensive care nurses to emotional abuse</i> Tuğba Aksu, Asiye Akyol	69
Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı <i>Ethical sensitivity of physicians and nurses in intensive care units</i> Havva Öztürk, Sevilay Hintistan, Süheyla Kasım, Bahar Candaş	77
Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde ortam sıcaklığı ve nem oranının incelenmesi <i>Investigation of ambient temperature and humidity in intensive care units of a university hospital</i> Arzu Özcan İlçe, Rahşan Çam, Meryem Yavuz	85
DERLEME	
Yoğun bakım hastalarında beslenme gereksinimi	
<i>Nutritional requirement in intensive care patients</i> Tuğba Diker, Zehra Kan Öntürk, Aysel Badır, Fatma Eti Aslan	90
13. Cilt dizini	94

EDİTÖRDEN

Değerli Meslektaşlarım,

Yayıncımızın deneyimli, yerleşik kadrosundaki değişiklikler nedeniyle dergimizin bu sayısının yayına hazırlanması uzun zaman almıştır. Bu gecikmeden dolayı dergimize yazı gönderen çok değerli yazarlarımızdan ve okurlarımızdan özür dileriz.

Üye adreslerinin güncellenmesindeki sıkıntılar ve kargo ücretlerinin artması nedeniyle dergimizi siz okurlarımıza ulaştırmada sorunlar yaşamaktayız. Dergiye ulaşımınızın kolaylaştırılması, gelen yazıların daha geniş kitleye ulaştırılması ve yayınların atıf alabilmesi için dergimizi elektronik dergi olarak yayınlamayı amaçlamaktayız. Bununla ilgili çalışmalar sürmektedir.

Yine de yaşadığımız her türlü sıkıntıya karşın belirli aksamalar da olsa yayınlarımızın düzenli çıkması için elimizden gelen her türlü çabayı göstermekteyiz

Dergimizin bu sayısında, öğrenci hemşirelerinin mezuniyet sonrası kariyer alanı olarak yoğun bakım ünitelerinde çalışmaları konusundaki görüşleri ile temel yaşam desteği kursuna katılan hemşirelik öğrencilerinin kurstaki beklenti, başarı ve memnuniyet düzeylerini araştıran iki makaleye; yoğun bakımlarda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığını belirleyen ve yoğun bakım hemşirelerinin duygusal tacizden etkilenme durumlarını inceleyen yoğun bakım çalışanları ile ilgili iki araştırma yazısına; yoğun bakım hastalarında beslenme gereksinimi ile perkütan translüminal koroner anjiyoplasti yapılan hastalarda kanama sıklığı ve ilişkili risk faktörlerini araştıran yoğun bakım hastasının izlenmesine yönelik birer derleme ve makale yazısına ve son olarak yoğun bakım ünitelerinde ortam sıcaklığı ve nem oranını inceleyen çalışmaya yer verildi. Bu çok değerli, bilimsel içeriği zengin araştırma ve derleme yazılarının çalışmalarınıza yol göstereceği ve ufkunuzu genişleteceği inancını taşımaktayız.

Gelecek sayımızda buluşmak dileğiyle, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün

YAZARLARA BİLGİ

KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Türk 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 Türk 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 desteklenmediğini 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 orjinal olduğunu, başvuru anında başka bir dergi tarafından değerlendirilme durumunda olmadığını ve daha önce yayınlanmadığını, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*'nde yayınlandığı andan itibaren *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*'nden izin almaksızın 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 inceleme yapılır. 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 onayı 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 başlıkları kullanarak hazırlanmalıdır: Amaç (Objectives), Çalışma planı (Study Design), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Olgu ve derleme özetleri başlıkları olmaksızın tek bir paragraf halinde hazırlanmalıdır.

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

Giriş bölümü konuyu birkaç cümleyle tanımlamalı ve okuyucuya konu üzerinde yapılan en yeni çalışmalarını 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 örneklere 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 yazımın 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 gösteren 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, 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 altyazılarının 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 gösteren 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. Yonca Apt. No: 29/3
34714 Kadıköy, İstanbul.

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

e-posta: ekin@ekintibbiyayincilik.com.tr

GEREKENLERİN KONTROLÜ

- (i) Yazı ve şekiller üç kopya, bilgisayar disketi ile birlikte gönderilecek. (ii) Yazımın 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.

Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Sonrası Kanama Komplikasyonu Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Incidence of Bleeding Complications Following Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty and Related Risk Factors

Özlem ÖZGER, Nermin OLGUN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):47-54

Amaç: Bu çalışmada perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA) uygulanan hastalarda kanama komplikasyonu sıklığı ve bu durumu etkileyen faktörler değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya acil ya da elektif olarak PTKA uygulanan 173 hasta (31 kadın, 142 erkek; ort. yaş 53.8±11.3) alındı. Veriler, "Bilgi formu" ve "PTKA Sonrası Kanama Değerlendirme Formu" kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle elde edildi. İşlem öncesi ve sonrası, kılıf çekimi öncesi ve sonrası kan basıncı ve etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı (ACT) ölçümleri yapıldı.

Bulgular: İşlem sonrasında 33 olguda (%19.1) dışarıya kanama, 16 olguda (%9.3) hematoma görüldü. Hematom görülen olgularda yaş ($p=0.001$), kadın cinsiyet oranı ($p=0.001$), ACT ($p=0.009$), işlem öncesi sistolik arter basıncı ($p=0.047$), hipertansiyon ($p=0.023$) ve diyabet ($p=0.001$) sıklığı anlamlı olarak yüksek bulundu. Dışarıya kanaması olan olgularda ise kadın cinsiyet oranı ($p=0.001$), yaş ($p=0.001$), beden kütle indeksi ($p=0.001$), ACT ($p=0.042$) ve kan üre azotu ($p=0.016$) düzeyleri, kılıf çıkarılmadan önceki sistolik arter basıncı ($p=0.032$), hipertansiyon ($p=0.016$) ve diyabet ($p=0.003$) sıklığı ile önceden femoral girişim öyküsü ($p=0.049$) anlamlı düzeyde yüksek idi. Sigara içen olgularda, içmeyenlere göre kanama komplikasyonu oranı anlamlı olarak daha düşük bulundu (dışa kanama için %42.4 ve %65.7, $p=0.043$; hematoma için %37.5 ve %63.7, $p=0.013$).

Sonuç: İlerlemiş yaş, kadın cinsiyet, hipertansiyon ve diyabet PTKA sonrası kanama ve hematoma görülme sıklığını artırmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Anjiyoplasti, balon, koroner/komplikasyon; hematoma/etioloji; kanama/etioloji; risk faktörü.

Objectives: The aim of this study was to evaluate the incidence of bleeding complications following percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) and its related risk factors.

Materials and Methods: This study involved 173 patients (31 females, 142 males; mean age 53.8±11.3 years) who underwent emergent or elective PTCA. Data were collected with face-to-face interviews using a patient questionnaire and a survey for evaluation of post-PTCA bleeding. Measurements of blood pressure and activated clotting time (ACT) were made before and after both PTCA and sheath removal.

Results: After PTCA, the incidences of bleeding and hematoma were 19.1% ($n=33$) and 9.3% ($n=16$), respectively. Patients with hematoma exhibited significantly higher levels or frequencies for age ($p=0.001$), female gender ($p=0.001$), ACT ($p=0.009$), preprocedural systolic blood pressure ($p=0.047$), hypertension ($p=0.023$), and diabetes ($p=0.001$). Patients with bleeding had significantly higher levels or frequencies for the following: age ($p=0.001$), female gender ($p=0.001$), body mass index ($p=0.001$), ACT ($p=0.042$), blood urea nitrogen ($p=0.016$), systolic blood pressure before sheath removal ($p=0.032$), hypertension ($p=0.016$), diabetes ($p=0.003$), and history of previous femoral intervention ($p=0.049$). The incidences of both hematoma and bleeding were significantly lower in smokers compared to nonsmokers (for bleeding 42.4% vs. 65.7%, $p=0.043$; for hematoma 37.5% vs. 63.7%, $p=0.013$).

Conclusion: The incidences of bleeding and hematoma following PTCA are associated with increased age, female gender, diabetes, and hypertension.

Key Words: Angioplasty, balloon, coronary/complications; hematoma/etioloji; hemorrhage/etioloji; risk factors.

Koroner kalp hastalıkları günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en başta gelen morbidite ve mortalite nedenidir.^[1,2] Perkütan koroner girişimler (PKG) ise güvenli ve etkili olduğu kadar, her girişimsel tedavi yönteminde olduğu gibi, işleme bağlı komplikasyonlara da yol açabilmektedir.^[2-4] Vasküler girişim yeri komplikasyonları, PKG'lerle ilişkili morbiditelerin yaklaşık %6'lık önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Vasküler girişim yeri komplikasyonları arasında kanama ve hematoma oldukça sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, yaş, cinsiyet, diyabet, hipertansiyon, antitrombosit ve antikoagülan kullanımı, kullanılan kateterin tipi, kılıf ölçüsü, operatör deneyimi ve ponksiyon tekniği yanı sıra hasta bakımı ve takipte kanama ile ilişkili faktörler de öne çıkmıştır.

Çalışmamızda, PKG uygulanan hastalarda işlem sonrası kanama komplikasyonu sıklığının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Eylül 2006-Temmuz 2007 tarihleri arasında Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılarak perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA) uygulanan hastalar oluşturdu. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne toplam 2877 hasta yatmış olup, bunların 621'inde tanı akut miyokart enfarktüsü idi. Örneklem grubuna bu hastalar arasından acil ya da elektif olarak PTKA uygulanan, araştırma konusunda bilgilendirilen ve araştırmaya katılmaya isteklilik ilkesine özen gösterilerek onamı alınan 173 hasta (31 kadın, 142 erkek; ort. yaş 53.8±11.3) alındı. Veriler, literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen "bilgi formu" ve "PTKA Sonrası Kanama Değerlendirme Formu" kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle elde edildi. İşlem öncesinde hastalara araştırmanın amacı açıklanarak kabul edenlerden yazılı onayları alındı. Araştırma için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 'Etik Kurul Onayı' alındıktan sonra, araştırmanın uygulanacağı hastaneden gerekli izinler alındı. Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı.

Anjiyografi laboratuvarına götürülmeden önce hastaların kan basınçları ölçüldü, rutin kan tetkikleri alındı ve verilen ilaçlar not edildi. Miyokart enfarktüsü ile yatırılan hastalarda

aspirin, klopidogrel ve 5000 U heparin uygulaması rutin olduğundan bu hastalar değerlendirmeye alınmadı, sadece hastaya tirofiban uygulanıp uygulanmadığı araştırmaya dahil edildi. Bilgi formunun doldurulması hastanın durumunun aciliyetinden dolayı sonraya bırakıldı. Hasta anjiyografi laboratuvarına gönderildi. Koroner anjiyografi dışında başka girişim uygulanmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. İşlem sonrası koroner yoğun bakıma alınan hastalara bilgi formu dolduruldu. Bilgi formunun hastaların sosyo-demografik özellikleri ve kanamada hastaya ait risk faktörleri bölümü araştırmacı tarafından birebir görüşme yoluyla dolduruldu. Hastanın kılıf bölgesi kontrol edildi ve pansumanı yapılarak sabitlendi. Kılıf çekilmeden önce hastadan kan alınarak etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı (ACT) değeri kaydedildi. Kılıf çekilmeden önce ve sonra kan basınçları ölçülüp kaydedildi. Girişimden sonra hastanın yoğun bakıma gelişiyle kılıf çekilinceye kadar geçen süre bilgi formuna kaydedildi. Kılıf yerine bası uygulandı ve kanama durunca iki kum torbası kılıf çekilen bölgeye kondu. Kum torbalarından biri bir saat sonra kaldırıldı, diğeri altı saat süresince femoral bölgede tutuldu. Kılıf çekildikten sonra altı saat süresince kanama değerlendirme formu kullanılarak hastalar takip edildi ve kayıtları yapıldı.

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise mutlak değer (yüzde) olarak ifade edildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmasında değerlerin dağılımı normal olduğundan t-testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. P<0.05 ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 programı ile yapıldı.

BULGULAR

Olguların işlem öncesindeki özellikleri Tablo 1'de verildi. Çalışmaya katılan olguların ortalama yaşı 53.8±11.3 idi. Olguların %17.9'u kadın, %82.1'i erkekti. Hastaların büyük çoğunluğuna (n=140, %80.9) PTKA ile birlikte intrakoroner stent yerleştirildi. Perkütan girişim 162 olguda (%93.6) acil şartlarda, 11 olguda (%6.4) elektif olarak yapıldı (Tablo 2) ve hastaların %78.6'sında tirofiban kullanıldı (Tablo 1). Perkütan girişim işlemi ile kılıf çekilmesi arasındaki ortalama süre 18.0±9.4 saat (dağılım 6-68 saat) idi (Tablo 2). İşlem sonrası olguların %80.9'unda dışarı-

Tablo 1. Olguların perkütan koroner girişim öncesinde klinik özellikleri

	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Demografik özellikler			
Yaş			53.8±11.3
Cinsiyet			
Kadın	31	17.9	
Erkek	142	82.1	
İşlem öncesi risk faktörleri			
Sigara kullanımı	106	61.3	
Tirofiban kullanımı	136	78.6	
Hipertansiyon	63	36.4	
Diyabet	21	12.1	
Daha önce femoral girişim			
Yok	142	82.1	
Son 1 yıl içinde			
1 kez	17	9.8	
2 veya daha fazla	14	8.1	
Beden kütle indeksi (kg/m ²)			27.7±4.1
Etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı (sn)			131.9±20.5
Kan üre azotu (mgr/dl)			35.2±19.5
Kreatinin (mgr/dl)			1.0±0.3
Trombosit sayısı (10 ³ /mm ³)			258.4±86.5
Sistolik kan basıncı (mmHg)			132.5±22.6
Diyastolik kan basıncı (mmHg)			77.9±12.5

ya kanama görülmezken, %11'inde pansumanı kirleten kanama, %7.5'inde basınç gerektiren kanama, bir olguda (%0.6) da kan transfüzyonu gerektiren kanama görüldü. Hematom %9.3 oranında görülürken, bu olgularda hematom alanının çapı ortalama 10.1±5.9 cm (dağılım 3-22 cm) idi. Araştırmaya katılanların %2.9'unda femoral üfürüm, %1.2'sinde alt nabız kaybı, %4.1'inde alt ekstremitte nabızlarında zayıflama saptandı. Olguların %2.9'unda da ısı değişimi ve renk değişimi görüldü (Tablo 3).

Hematom ve dışarıya kanama varlığı açısından işlem öncesi ve sonrası sayısal ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılması sırasıyla Tablo 4 ve Tablo 5'te özetlendi. Hematomu olan olguların kılıf çıkarılmadan önceki sistolik arter basıncı düzeyleri hematomu olmayan olgulardan daha yüksek olmakla birlikte, bu farklılık anlamlı bulunmadı (p>0.05). Kılıf çıkarılmadan önceki diyastolik arter basıncı, kılıf çıktıktan sonraki sistolik arter basıncı ve PTKA işlemi

ile kılıf çekilmesi arasındaki süre açısından da hematomu olan ve olmayan olgular arasında anlamlı farklılık yoktu (p>0.05).

Hematomu olan olgularda yaş (p=0.001), kadın cinsiyet oranı (p=0.001), ACT (p=0.009), işlem öncesi sistolik arter basıncı (p=0.047), hipertansiyon (p=0.023) ve diyabet sıklığı (p=0.001) anlamlı olarak yüksek saptandı. Hematom görülen olgularda beden kütle indeksi ve kan üre azotu (BUN) düzeyi, hematom gelişmeyenlere göre daha yüksek olmakla birlikte, fark anlamlı değildi (p>0.05). Benzer şekilde, kreatinin ve trombosit düzeyleri, işlem öncesi diyastolik arter basıncı ve tirofiban kullanımı açısından hematomu olan ve olmayan olgular arasında anlamlı fark görülmedi (p>0.05). Daha önce femoral girişim öyküsünün varlığı ve işlemle ilgili özellikler de hematom varlığı açısından anlamlı fark oluşturmadı (p>0.05).

Kadın olgularda dışarıya kanama görülme oranı (%54.8), erkek olgulardan (%11.3)

Tablo 2. Perkütan koroner girişimle ilgili ve sonrasında ait veriler

	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
İntrakoroner stent			
Var	140	80.9	
Yok	33	19.1	
Perkütan koroner girişim			
Acil	162	93.6	
Elektif	11	6.4	
Kateter ve kılıf numarası			
7 F	154	89.0	
6 F	19	11.0	
Kan basınçları (mmHg)			
Kılıf çıkarılmadan önce			
Sistolik			124.4±19.9
Diyastolik			73.7±11.1
Kılıf çıkarıldıktan sonra			
Sistolik			122.6±18.5
Diyastolik			74.0±10.2
PKG ile kılıf çekilmesi arasındaki süre (sa)			18.0±9.4

ileri düzeyde anlamlı yükseklikte bulundu ($p=0.001$). Dışarıya kanaması olan olgularda yaş ortalaması ($p=0.001$), beden kütle indeksi ($p=0.001$), ACT ($p=0.042$), BUN ($p=0.016$) düzeyleri, kılıf çıkarılmadan önceki sistolik arter basıncı ($p=0.032$), hipertansiyon ($p=0.016$) ve diyabet ($p=0.003$) sıklıkları ve önceden femoral girişim öyküsü ($p=0.049$) anlamlı düzeyde yüksek idi. Dışarıya kanama olan ve olmayan olgular arasında kreatinin düzeyi, trombosit sayısı, işlem öncesi sistolik arter basıncı açısından ise anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Dışarıya kanama olan olgularda işlem öncesi diyastolik arter basıncı, sigara kullanma oranı, tirofiban kullanma oranı anlamlı düzeyde düşüktü ($p<0.05$). Girişimle birlikte intrakoroner stent yerleştirme, PTKA'nın acil ya da elektif olarak yapılması, kateter ve kılıf numarası ise dışarıya kanama varlığı açısından anlamlı fark oluşturmadı ($p>0.05$). Kılıf çıkarılmadan önceki diyastolik arter basıncı, kılıf çıktıktan sonraki sistolik arter basıncı ve PTKA işlemi ile kılıf çekilmesi arasındaki süre dışarıya kanamayı anlamlı düzeyde etkilemedi ($p>0.05$).

Sigara kullanım oranının kanama komplikasyonu görülen olgularda anlamlı olarak

daha düşük olduğu görüldü (dışarıya kanama olan ve olmayan olgularda sırasıyla %42.4 ve %65.7; hematoma olan ve olmayan olgularda %37.5 ve %63.7).

TARTIŞMA

Perkütan koroner girişim sonrası vasküler komplikasyonların sıklığı yaş ile birlikte artış gösterir.^[5,6] Piper ve ark.nın^[6] çalışmasında PKG sonrası vasküler komplikasyon riski, 80 yaş üstü grupta, 50 yaş altı grupla karşılaştırıldığında yaklaşık üç kat fazla bulunmuştur. Artan yaş ile birlikte aterosklerotik tutulumun daha yaygın ve ciddi oluşu ve bağ dokusu hassasiyetindeki ilerleme, işlem sonrası vasküler komplikasyon sıklığındaki artış ile ilişkilendirilmiştir.^[6] Çalışmamızda da, vasküler komplikasyonların geliştiği gruplarda yaş ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

Kadın olgularda hem dışarıya kanama hem de hematoma erkek olgulara göre daha sık gözlenmiştir ($p<0.01$). Yayımlanmış çalışmalarda

Tablo 3. Perkütan koroner girişim sonrasında kanama değerlendirme bulguları

	Sayı	Yüzde
Dışarıya kanama		
Yok	140	80.9
Pansuman kirleten	19	11.0
Basınç gerektiren	13	7.5
Kan transfüzyonu gerektiren	1	0.6
Hematoma		
Var	16	9.3
Yok	157	90.8
Femoral üfürüm		
Var	5	2.9
Yok	168	97.1
Alt nabız		
Yok	2	1.2
Zayıf	7	4.1
Var	164	94.8
Isı değişimi		
Var	5	2.9
Yok	168	97.1
Renk değişimi		
Var	5	2.9
Yok	168	97.1

Tablo 4. Hematom ve dışarıya kanama varlığına göre işlem öncesi ve sonrası sayısal değişkenlerin karşılaştırılması

	Hematom				Dışarıya kanama			
	Var (n=16) (Ort±SS)	Yok (n=157) (Ort±SS)	t	p	Var (n=33) (Ort±SS)	Yok (n=140) (Ort±SS)	t	p
İşlem öncesi								
Yaş	62.8±10.6	52.9±11.1	3.398	0.001	62.0±11.6	51.9±10.4	4.891	0.001
Beden kütle indeksi (kg/m ²)	30.6±6.0	27.4±3.8	2.068	0.055	30.6±5.6	27.0±3.4	3.526	0.001
Etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı (sn)	151.9±29.2	129.9±18.1	2.948	0.009	140.2±26.5	130.0±18.4	2.101	0.042
Kan üre azotu (mgr/dl)	50.0±35.8	33.7±16.5	1.852	0.083	46.8±31.9	32.5±14.1	2.531	0.016
Kreatinin (mgr/dl)	1.0±0.3	0.9±0.3	0.411	0.682	1.0±0.4	0.9±0.3	0.677	0.499
Trombosit sayısı (10 ³ /mm ³)	237.7±47.5	260.8±89.9	0.945	0.347	261.7±111.2	257.4±78.7	0.232	0.817
Kan basınçları (mmHg)								
İşlem öncesi								
Sistolik	143.2±21.0	131.4±22.6	1.998	0.047	137.6±23.6	131.3±22.3	1.423	0.157
Diyastolik	77.3±10.9	78.0±12.7	0.216	0.829	73.2±13.9	79.0±12.0	2.439	0.016
Kılıf çıkarılmadan önce								
Sistolik	132.9±24.7	123.5±19.3	1.820	0.070	131.0±24.1	122.8±18.5	2.161	0.032
Diyastolik	73.4±14.3	73.8±10.7	0.106	0.916	71.5±14.2	74.3±10.2	1.069	0.291
Kılıf çıkarıldıktan sonra								
Sistolik	129.1±20.9	122.0±18.2	1.466	0.145	127.3±22.7	121.5±17.2	1.621	0.107
Diyastolik	79.2±12.1	74.0±10.1	0.316	0.752	72.6±11.4	74.3±10.0	0.882	0.379
PKG ile kılıf çekilmesi arasındaki süre (sa)	17.6±9.7	18.1±9.4	0.175	0.861	16.3±8.6	18.4±9.5	1.191	0.235

da kanama, hematom, retroperitoneal kanama gibi vasküler komplikasyonların kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[5-8] Östrojenin etkilerinden kaynaklanan arter yapısı ve fonksiyonundaki farklılıklar,^[9,10] kadınlarda femoral arter çapının küçük, uzunluğunun daha kısa olması nedeniyle arteryel girişimin daha zor oluşu,^[11] koagülasyon ve fibrinolitik sistemlerindeki cinsiyete bağlı ve menopoza ile ilişkili farklılıkların^[8,12] ve yine artmış pulsatilite gibi arteryel mekanik özelliklerdeki cinsiyete bağlı farklılıkların da kanama riskini artırdığı öne sürülmüştür.^[8,11]

Dışarıya kanama ya da hematom olan olgularda ACT düzeyleri, olmayan olgularla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0.05). Bu sonuç, literatür ile uyumlu görünmektedir. Brener ve ark.nın^[13] dört büyük randomize PKG çalışmasını (CREDO, TARGET, REPLACE-1, REPLACE-2) değerlendirdikleri 9974 hastalık meta-analizinde, ACT değerleri ile iskemik ve hemorajik komplikasyonlar ara-

sındaki ilişki araştırılmıştır. Bu meta-analizde, zirve ACT değerleri ile önemli kanama arasında anlamlı ilişki bulunmazken, sonlanım noktalarına hafif kanama da dahil edildiğinde, 365 saniyeye kadar olan ACT değerleri ile hafif ya da önemli kanama arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p=0.01). Ancak, 365 saniyenin üzerindeki değerlerde bu ilişki istatistiksel anlamını yitirmiş (p=0.09) ve ters bir ilişki ortaya çıkmıştır.^[13] Birçok hastanede kılıf çekilmesi için uygun ACT aralığı 150-200 sn arasında değişmektedir. Çalışmamızda hematom ve dışarıya kanama olan gruplarda işlem öncesindeki ortalama ACT değerlerinin önerilen aralıkta oluşu dikkat çekicidir (sırasıyla 151.9±29.2 ve 140.2±26.5 sn). Literatürde kılıf çekimi öncesinde ACT kontrolünün önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar olmasına rağmen,^[14] yüksek sayıda örnekleme olan, trombotik ve kanama komplikasyonlarını karşılaştırarak ACT için en uygun değeri ve protokolü araştıran bir çalışmaya rastlanmadı. Özellikle 225 saniyenin altındaki değerlerde

Tablo 5. Hematom ve dışarıya kanama varlığına göre işlem öncesi ve işlemle ilgili kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	Hematom				Dışarıya kanama			
	Var (n=16) n (%)	Yok (n=157) n (%)	χ^2	<i>p</i>	Var (n=33) n (%)	Yok (n=140) n (%)	χ^2	<i>p</i>
İşlem öncesi								
Cinsiyet								
Kadın	10 (%32.3)	21 (%67.7)	23.824	0.001	17 (%54.8)	14 (%45.2)	31.293	0.001
Erkek	6 (%4.2)	136 (%95.8)			16 (%11.3)	126 (%88.7)		
Sigara	6 (%37.5)	100 (%63.7)	4.199	0.043	14 (%42.4)	92 (%65.7)	6.104	0.013
Tirofiban	12 (%75.0)	124 (%79.0)	0.137	0.711	21 (%63.6)	115 (%82.1)	5.440	0.020
Hipertansiyon	10 (%62.5)	53 (%33.8)	5.180	0.023	18 (%54.6)	45 (%32.1)	5.788	0.016
Diyabet	6 (%37.5)	15 (%9.6)	10.633	0.001	9 (%27.3)	12 (%8.6)	8.757	0.003
Son 1 yılda femoral girişim								
Yok	11 (%68.8)	131 (%83.4)			24 (%72.7)	118 (%84.3)		
1 kez	3 (%18.8)	14 (%8.9)	2.234	0.327	7 (%21.2)	10 (%7.1)	6.022	0.049
2 veya daha fazla	2 (%12.5)	12 (%7.6)			2 (%6.1)	12 (%8.6)		
İşlemle ilgili faktörler								
Stent yerleştirme	15 (%93.8)	125 (%79.6)	1.879	0.170	28 (%84.9)	112 (%80.0)	0.407	0.524
Perkütan koroner girişim								
Acil	15 (%93.8)	147 (%93.6)	0.000	0.985	30 (%90.9)	132 (%94.3)	0.511	0.475
Elektif	1 (%6.3)	10 (%6.4)			3 (%9.1)	8 (%5.7)		
Kateter ve kılıf numarası								
7 F	14 (%87.5)	140 (%89.2)	0.042	0.839	28 (%84.9)	126 (%90.0)	0.725	0.395
6 F	2 (%12.5)	17 (%10.8)			5 (%15.2)	14 (%10.0)		

güvenirliği azaldığı için, ACT kontrolünü desteklemeyen çalışmalar da vardır.^[15]

Dışarıya kanama ya da hematom varlığına göre olguların trombosit düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, yapılan çalışmalarda çok düşük trombosit sayılarının vasküler komplikasyon sıklığını artırdığı gösterilmiştir.^[16] Çalışmamızda, hastaların büyük bir çoğunluğunda trombosit sayıları normal aralıktaydı. Trombosit sayısının çok düşük olduğu olgular dışında, kanama komplikasyonu ile asıl ilişkili olabilecek faktörün, trombositlerin sayısından ziyade kullanılan antitrombosit ajanların etkinliği ve trombosit fonksiyonları olabileceğini düşünmekteyiz. Trombosit fonksiyonları üzerine olan etkisinden dolayı, kronik böbrek yetmezliği olan ya da kreatinin düzeyinin normalin üzerinde olduğu bireylerde kanama komplikasyonu sıklığının arttığı bildirilmiştir.^[5-7] Çalışmamızda ise böb-

rek fonksiyonu göstergeleri ile kanama komplikasyonu arasında ilişki gözlenmedi.

Hematomu olan olgularda işlem öncesi sistolik arter basıncı, olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Dışarıya kanaması olan hastalarda ise işlem öncesi diyastolik kan basıncının olmayanlara göre daha düşük oluşu dikkat çekicidir. Bu bulgu, işlem öncesi kan basıncı ölçümlerinde sadece sistolik değil diyastolik kan basıncı düzeylerine de önem verilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Kinnaird ve ark.^[7] çalışmasında, PKG sonrası kanamanın öngörülmesinde en önemli faktörlerden birinin de işlemsel hipotansiyon olduğu, bozulan perfüzyonun karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını bozarak koagülasyon sistemini ve trombositleri olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda, veri toplanması ve verilerin istatistiksel analizi aşamasında hastaların ortalama arteriyel basınçlarının hesaplanmamış olması

bir kısıtlılık olabilir. Bu değerlerin de değerlendirilmeye dahil edilmesi durumunda, iki grubun diyastolik kan basınçları arasında görülen anlamlı farklılığın ortalama kan basınçlarında da izlenmesi olasıdır. Doku perfüzyonunun ortalama kan basıncı ile daha ilişkili olduğu düşünüldüğünde, Kinnaird ve ark.nun^[7] çalışmasındaki yorumu destekler bir sonuç elde edilmesi olasıdır.

Sigara kullanım oranı her iki tip kanama komplikasyonunda da anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Sigara içiminin trombosit aktivasyonu ve agregasyonunu artırdığı yönünde yayınlar bulunmaktadır.^[17] Sigara kullananlarda, kullanmayanlara kıyasla, trombosit sayı ve aktivitesinin olasılıkla daha yüksek oluşu nedeniyle, kullanılan standart doz antiagregan ve antikoagülan ilaçların etkinliği bu hastalarda göreceli olarak daha düşük kalmış olabilir. Bu durum, kanama komplikasyonlarının bu grup hastalarda daha düşük izlenmesinin nedeni olabilir.

Dışarıya kanama olan olgularda hipertansiyon oranı (%54.5), dışarıya kanama olmayan olgulardan (%32.1) anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$). Benzer şekilde, hematoma görülen olgularda da hipertansiyon oranı anlamlı düzeyde yüksekti (%62.5 ve %33.8, $p<0.05$). Literatürde, hipertansiyon ve kanama komplikasyonu arasındaki ilişkiye dair yayımlanmış sonuçlar da çalışmamızla paralellik göstermektedir.^[5,7,18]

Dışarıya kanama olan olgularda diyabet görülme oranı (%27.3), dışarıya kanama olmayan olgulardan (%8.6) anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ($p<0.05$). Hematom görülen olgularda da diyabet oranı (%37.5), hematoma görülen olgulardan (%9.6) ileri düzeyde anlamlı yükseklik gösterdi ($p<0.01$). Diyabetlilerde vasküler komplikasyonların daha sık olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir.^[5,7] Diyabetin trombosit ve endotel fonksiyonları ile yara iyileşmesi üzerine olan olumsuz etkileri, işlem sonrası girişim yeri kanama komplikasyonlarını artırıyor gözükmektedir.

Olguların %82.1'ine daha önceden femoral bir girişimde bulunulmamışken, %9.8'ine son bir yılda bir kez, %8.1'ine ise iki veya daha fazla kez femoral girişimde bulunulmuştur. Son bir yıl içinde bir kez femoral girişimde bulunan olguların oranı, dışarıya kanama görülen grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur

(%21.2 ve %7.1, $p<0.05$). Katırcıbaşı ve ark.nun^[19] yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve bu durum, daha önceki girişimlerden dolayı kasık bölgesinde gelişmiş lokal fibrotik alanların arteriyel ponsiyonu zorlaştırmasına bağlanmıştır. Ancak, çalışmamızda hematoma açısından aynı anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Dışarıya kanama ya da hematoma varlığı ile PTKA ile birlikte intrakoronar stent yerleştirilmesi ve girişimin acil ya da elektif olarak yapılması arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Bu hasta grupları arasında kullanılan antiagregan ve antikoagülan tedavi rejimleri açısından fark olmaması nedeniyle, vasküler komplikasyonlar açısından fark olmaması beklenen bir sonuçtur. Çeşitli çalışmalarda, kılıf numarasının vasküler komplikasyonların önemli bir öngördürücüsü olduğu bildirilmiş; kılıf numarasındaki artışın özellikle küçük ve kalsifik damarlarda laserasyonlara ve bunun sonucunda girişim yeri komplikasyonlarına yol açtığı belirtilmiştir.^[20-22] Ancak, çalışmamızda kateter ve kılıf numarası ile dışarıya kanama varlığı ya da hematoma arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Bunun nedeni, olguların %89'unda kateter ve kılıf numarası 7 F iken, sadece %11'inde 6 F olması olabilir. Farouque ve ark.nun^[8] PKG sonrası retroperitoneal kanama için risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada da, kılıf numarası ile kanama arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.20$).

Çalışmamızın bulgularını özetleyecek olursak, yaş ilerledikçe PTKA sonrası kanama ve hematoma görülme sıklığının arttığı; erkeklere oranla kadınlarda işlem sonrası kanama komplikasyonlarının daha sık görüldüğü; hipertansiyon ve diyabetin bu komplikasyonların sıklığını artırdığı; sigara kullanımı ile girişim sonrası kanama komplikasyon sıklığı arasında ters ilişki olduğu; kılıf çekimi öncesi ACT değerleri önerilen aralıkta olmasına rağmen kanama komplikasyonlarının olabildiği ve bu aralıktaki ACT değerlerinin yüksekliğine göre kanama sıklığında farklılık olabileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Kültürsay H. Giriş ve epidemiyoloji. In: Kültürsay H, editör. Koroner kalp hastalığı. Primer ve sekonder korunma. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri; 2001. s. 1-17.
2. Altok M. Perkütan translüminal koroner anjiop-

- lasti (PTCA) uygulanan hastaların sağlık eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.
3. Okay T. Kardiyolojide invazif tedavi yöntemleri. In: Binak K, İlerigelen B, Güzelsoy D, Okay T, editörler. Teknik kardiyoloji. 2. baskı. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri; 2001. s. 355-67.
 4. Enç N, Umman S, Ağırbaşı M, Altıok MG, Şenuzun F, Uysal H ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği; 2007.
 5. Andersen K, Bregendahl M, Kaestel H, Skriver M, Ravkilde J. Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:123-7.
 6. Piper WD, Malenka DJ, Ryan TJ Jr, Shubrooks SJ Jr, O'Connor GT, Robb JF, et al. Predicting vascular complications in percutaneous coronary interventions. *Am Heart J* 2003;145:1022-9.
 7. Kinnaird TD, Stabile E, Mintz GS, Lee CW, Canos DA, Gevorkian N, et al. Incidence, predictors, and prognostic implications of bleeding and blood transfusion following percutaneous coronary interventions. *Am J Cardiol* 2003;92:930-5.
 8. Farouque HM, Tremmel JA, Raissi Shabari F, Aggarwal M, Fearon WF, Ng MK, et al. Risk factors for the development of retroperitoneal hematoma after percutaneous coronary intervention in the era of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors and vascular closure devices. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:363-8.
 9. Ling S, Dai A, Dilley RJ, Jones M, Simpson E, Komesaroff PA, et al. Endogenous estrogen deficiency reduces proliferation and enhances apoptosis-related death in vascular smooth muscle cells: insights from the aromatase-knockout mouse. *Circulation* 2004;109:537-43.
 10. Celermajer DS, Sorensen KE, Spiegelhalter DJ, Georgakopoulos D, Robinson J, Deanfield JE. Aging is associated with endothelial dysfunction in healthy men years before the age-related decline in women. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:471-6.
 11. Schnyder G, Sawhney N, Whisenant B, Tsimikas S, Turi ZG. Common femoral artery anatomy is influenced by demographics and comorbidity: implications for cardiac and peripheral invasive studies. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001;53:289-95.
 12. Haverkate F, Thompson SG, Duckert F. Haemostasis factors in angina pectoris; relation to gender, age and acute-phase reaction. Results of the ECAT Angina Pectoris Study Group. *Thromb Haemost* 1995;73:561-7.
 13. Brener SJ, Moliterno DJ, Lincoff AM, Steinhubl SR, Wolski KE, Topol EJ. Relationship between activated clotting time and ischemic or hemorrhagic complications: analysis of 4 recent randomized clinical trials of percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2004;110:994-8.
 14. Bowers J, Ferguson JJ. Use of the activated clotting time in anticoagulation monitoring of intravascular procedures. *Tex Heart Inst J* 1993;20:258-63.
 15. Reiner JS, Coyne KS, Lundergan CF, Ross AM. Bedside monitoring of heparin therapy: comparison of activated clotting time to activated partial thromboplastin time. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994;32:49-52.
 16. Moscucci M, Mansour KA, Kent KC, Kuntz RE, Senerchia C, Baim DS, et al. Peripheral vascular complications of directional coronary atherectomy and stenting: predictors, management, and outcome. *Am J Cardiol* 1994;74:448-53.
 17. Renaud S, Blache D, Dumont E, Thevenon C, Wissendanger T. Platelet function after cigarette smoking in relation to nicotine and carbon monoxide. *Clin Pharmacol Ther* 1984;36:389-95.
 18. Waksman R, King SB 3rd, Douglas JS, Shen Y, Ewing H, Mueller L, et al. Predictors of groin complications after balloon and new-device coronary intervention. *Am J Cardiol* 1995;75:886-9.
 19. Katırcıbaşı T, Çamsarı A, Döven O, Pekdemir H, Akkuş N, Çiçek D ve ark. Perkütan koroner girişimler sonrası femoral vasküler komplikasyonlar. *Anadolu Kardiyol Derg* 2004;4:39-44.
 20. Berry C, Kelly J, Cobbe SM, Eteiba H. Comparison of femoral bleeding complications after coronary angiography versus percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2004;94:361-3.
 21. Davis C, VanRiper S, Longstreet J, Moscucci M. Vascular complications of coronary interventions. *Heart Lung* 1997;26:118-27.
 22. Muller DW, Shamir KJ, Ellis SG, Topol EJ. Peripheral vascular complications after conventional and complex percutaneous coronary interventional procedures. *Am J Cardiol* 1992;69:63-8.

Temel Yaşam Desteği Kursuna Katılan Hemşirelik/Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kurstaki Başarı, Beklenti ve Memnuniyetleri

Success, Expectations, and Satisfaction Levels of Nursing/Health School Students Attending to the Basic Life Support Course

Emine TÜRKMEN, Işıl IŞIK, Selvinaz BALCI, Serpil Akkuş TOPÇU, Serpil ABALI, Pelin KARAÇAY

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):55-62

Amaç: Yapılan çalışmalarda hemşirelerin temel yaşam desteği (TYD) konusundaki bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin TYD eğitiminden beklentilerini belirlemek, TYD ön test başarılarını ve TYD kursunun öğrencilerin bilgi, beceri ve memnuniyet düzeylerine katkısını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemi İstanbul'daki Hemşirelik/Sağlık Yüksekokulu'nda okumakta olan ve özel bir üniversiteye bağlı hemşirelik eğitim-araştırma merkezi ve bir vakıf kuruluşunun düzenlediği TYD kursuna katılan 125 öğrenci oluşturdu. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, TYD Ön ve Son Test Soru Formu, TYD Beceri Kontrol Çizelgeleri ve Kurs Memnuniyet Soru Formu ile toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin %36.5'inin daha önce TYD eğitimi aldığı; bu eğitimi almış olanların TYD bilgi ön testinde daha başarılı olduğu belirlendi. Kurs öncesi bilgi puanına göre kurs sonrası bilgi puanında (ön test ortalama puanı 59.5±17.9; son test ortalama puanı 97.9±3.2) anlamlı artış görüldü ($p<0.05$), kurstaki TYD beceri puan ortalaması ise 98.3±1.6 bulundu. Öğrencilerden TYD bilgilerini kurs öncesinde "çok iyi/iyi" bulanların oranı %21.6 iken, kurs sonrasında bu oran %100 idi. "Kalbi duran hasta ile karşılaştığımda TYD uygulamasını yapabilirim" diyenlerin oranı ise %49.6'dan %100'e ulaştı. Öğrencilerin kurstan memnuniyetleri yüksek düzeydeydi ve tamamı kurs ölçütlerini sağlayarak başarılı oldu.

Sonuç: Önerilen standartlar doğrultusunda yapılan TYD eğitiminin, öğrencilerin bilgi ve becerilerini artırdığı, beklentilerini karşıladığı ve bu eğitimden memnuniyetlerinin yüksek olduğu görüldü.

Anahtar Sözcükler: Kardiyopulmoner resüsitasyon; eğitim, hemşirelik; öğrenci, hemşirelik.

Objectives: Studies have shown that nurses do not have adequate knowledge and skills of basic life support (BLS). The purpose of this study was to determine the expectations of nursing students about BLS training and to evaluate their pre-test BLS scores and the contribution of the BLS course to their knowledge, skill, and satisfaction levels.

Materials and Methods: This descriptive study included 125 nursing students who participated in a BLS course organized by a nursing education-research center of a private university and a foundation in İstanbul, Turkey. Data were collected using a Personal Information Form, BLS Pre- and Post-Test Question Forms, BLS Skills Control Checklist, and a Course Satisfaction Questionnaire.

Results: Prior to the BLS course, 36.5% of the participants received BLS education and pre-test scores of these students were higher. There was a significant increase in post-test BLS scores from a mean pre-test score of 59.5±17.9 to 97.9±3.2 ($p<0.05$) and the mean BLS skill score was 98.3±1.6. Prior to the BLS course, only 21.6% of the students rated their BLS knowledge level as 'very good/good'; this rating increased to 100% after the course. The percentage of nursing students who thought that they could perform BLS on a cardiac arrest patient rose from 49.6% to 100%. All the students were highly satisfied with the course and all met the course criteria and passed the course.

Conclusion: The BLS course organized according to the recommended standards increased the knowledge and skills of the students, met their expectations, and satisfied the students' needs.

Key Words: Cardiopulmonary resuscitation; education, nursing; students, nursing.

Dünyada en sık karşılaşılan ölüm nedeni ani kalp durması ile sonuçlanan koroner kalp hastalığıdır. Bunun dışında inme, anafilaksi, travma, suda boğulma, elektrik çarpması, elektrolit bozuklukları, zehirlenme, sıcak çarpması ve astım gibi yaşamı tehdit eden durumlar da ani kalp ve solunum durmasına yol açabilir. Kalp ve solunum durması sırasında oluşan oksijen yetersizliğine bağlı geriye dönüşsüz organ hasarlarının ve ölümün önlenmesinde temel ve ileri yaşam desteğinin (TYD ve İYD) erken başlatılması ve etkin uygulanması çok önemlidir. Temel yaşam desteği adımları, acil durumun erken tanınması, acil sistemin harekete geçirilmesi, kardiyopulmoner resüsitasyonun (KPR) erken başlatılması ve etkin yapılması, erken defibrilasyon uygulamasıdır.^[1]

Yapılan çalışmalarda defibrilasyondan önce hızla başlatılan ve etkin yapılan KPR'nin hayatta kalma şansını olumlu etkilediği, gecikmenin ise hastanın yaşama şansını azalttığı belirtilmektedir.^[1] Waalewjin ve ark.^[2] hastane dışındaki KPR uygulamalarını değerlendirmişler ve kalp ve solunum durması sonrası ilk üç dakikada müdahale edilmeyen olguların yaşama şansının %50 azaldığını bildirmişlerdir. Larsen ve ark.^[3] da, kalbi duran hastaya hemen müdahale edilerek KPR, defibrilasyon ve İYD uygulanması durumunda, hastanın yaşama şansının arttığını, her üç uygulama için gecikilen her bir dakikada yaşama şansının %5.5 azaldığını belirtmişlerdir. Kalp ve solunum durmasının önlenmesinde ve tedavisinde, sağlık profesyonellerinin TYD, İYD ve akut bakım uygulamaları ile ilgili yeterli bilgi ve becerisinin olmasının çok önemli olduğu belirtilmektedir.^[1]

Sağlık kuruluşlarında hasta ile daha fazla zaman geçirmelerinden dolayı, kalp ve solunum durması ile ilk karşılaşılan sağlık profesyonelleri hemşireler olmakta^[4] ve hastaya ilk müdahale genellikle hemşireler tarafından yapılmaktadır.^[4,5] Temel yaşam desteğini sağlama hemşirelerin temel becerilerinden biri olmakla birlikte, kanıtlar hemşire ve öğrenci hemşirelerin TYD bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu,^[6-10] KPR eğitimini altı aydan daha uzun aralıklarla tekrar edenlerde bilgi ve becerilerin azaldığını göstermektedir.^[5,8,9] Oysa, bütün sağlık çalışanları kalp ve solunum durması riskini ve bu durumun meydana geldiğini belirleyebilmeli, yardım çağırabilmeli ve KPR'ye erken başla-

yıp etkin yapabilmelidir.^[1] Hemşireler kalp ve solunum durması gelişen hasta ile karşılaşılan ilk kişi olmasına rağmen, bu konuda yetkin değilse şüphesiz ki hastanın kurtarılma şansı azalır.^[6]

Temel yaşam desteğinde yetkinlik, bilgi ve beceri olarak yeterli olma, kalp ve solunum durması durumlarında KPR yapabilme pratiğinin olması olarak tanımlanır.^[6] Kardiyopulmoner resüsitasyon ile ilgili uygulama ve eğitim standartları, ilk kez 1966 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Amerikan Kalp Birliği tarafından düzenlenen "Ulusal KPR Konferansı"nda ortaya konmuştur. 1992'de kurulan Uluslararası Resüsitasyon Liyezon Komitesi ile bu uygulama ve eğitimler üzerinde görüşbirliği sağlanmış ve 2000 yılında konu ile ilgili kılavuz yayımlanmıştır.^[11] 2005 yılında Dallas'ta yapılan "Acil Kardiyovasküler Bakım ve KPR Bilim ve Tedavi Önerileri Uluslararası Konsensüs Konferansı"nda bu standartlar yenilenmiştir.^[1] Ülkemizde resüsitasyon konusunda Avrupa Resüsitasyon Konseyi ya da Amerikan Kalp Birliği'nin Resüsitasyon kılavuzları kullanılmaktadır. Avrupa Resüsitasyon kılavuzuna göre, TYD ve otomatik eksternal defibrilasyon kursları hasta bakımına katılan tüm sağlık profesyonelleri ve öğrencileri için önerilmektedir.^[1] Ayrıca, "Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) Komisyon Raporu"na göre, TYD hemşirelik müfredatı kapsamında yer alan bir konudur ve YÖK 2004-2005 yılı itibari ile hemşirelik okullarından HUÇEP doğrultusunda müfredatlarını düzenlemelerini istemiştir.^[12] Temel yaşam desteği eğitimi hem kuramsal hem de uygulamayı kapsayan bir eğitimidir. Araştırmalar, kuramsal eğitimle birlikte maketlerle yapılan uygulamalı eğitimin bilgiyi, beceriyi ve hatırd tutmayı artırdığını göstermektedir.^[4,13,14]

Ülkemizde TYD eğitimi ile ilgili çalışmalara bakıldığında, mezun hemşireler, hekimler ve tıp öğrencileri ile ilgili çalışmaların^[7,9,13] olduğu görülmüş ve öğrenci hemşirelerle ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin TYD eğitiminden beklentilerini belirlemek, TYD bilgi ön test başarılarını değerlendirmek ve TYD kursunun öğrencilerin bilgi, beceri ve memnuniyet düzeylerine katkısını değerlendirmek amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular

- Öğrencilerin TYD kursuna geliş amaçları ve kurstan beklentileri nelerdir?
- Öğrencilerin daha önce TYD konusunda kuramsal ve uygulamalı eğitim alma, TYD izleme ve uygulama durumlarına göre TYD bilgi ön test başarıları nasıldır?
- TYD eğitimi verilen öğrencilerin kurstaki başarıları nedir? Kuramsal ön test ve son test puan ortalamaları farklı mıdır?
- Öğrencilerin bilgi-becerilerinde artış ve TYD uygulamasını yapma konusunda özdeğerlendirmeleri nasıldır?
- Öğrencilerin TYD kursundan memnuniyetleri ve TYD kurs programının organizasyonu ile ilgili beklentileri nedir?

Araştırmanın örnekleme

Tanımlayıcı türde planlanan bu çalışma 21 Mart-30 Nisan 2008 tarihlerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, İstanbul'daki Hemşirelik/Sağlık Yüksekokulu'nda okumakta olan, bir özel üniversiteye bağlı hemşirelik eğitim-araştırma merkezi ve bir vakıf kuruluşunun düzenlediği TYD kursuna başvuran 157 öğrenci oluşturdu. Öğrencilerin anatomi ve fizyoloji derslerini almış olmaları esas alındığından, birinci sınıf öğrencileri örneklemden çıkarılarak, çalışmaya 2-4. sınıflarda okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 125 öğrenci alındı.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında, literatür bilgileri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, öğrencilerin bireysel özellikleri ve kurs öncesi beklentilerini sorgulayan 24 maddelik Kişisel Bilgi Formu; kurs öncesi bilgi düzeylerini saptamaya yönelik 25 maddelik Ön Test Soru Formu; eğitim sonrası bilgilerini saptamaya yönelik 25 maddelik Son Test Soru Formu; eğitim sonrası uygulama becerilerini değerlendirmeye yönelik Beceri Kontrol Çizelgeleri ve kurs sonrası memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 5 maddelik Memnuniyet Soru Formu kullanıldı. Kişisel Bilgi Formu ve Memnuniyet Soru Formundaki soruların anlaşılabilirliğini sınamak için, bunlar 10 kişide ön uygulama yapılarak değerlendirildi ve anlaşılmayan sorular düzeltilerek formlar son haline getirildi. Ön Test/Son

Test Soru Formu ve Beceri Kontrol Çizelgeleri olarak, hemşirelik eğitim-araştırma merkezi tarafından Avrupa Resüsitasyon Konseyi/Amerikan Kalp Birliği'nin Resüsitasyon kılavuzları dikkate alınarak hazırlanan ve TYD kurslarında kullanılan soru formları ve beceri kontrol çizelgeleri kullanıldı.^[15,16]

Veri toplama formlarının uygulanması

Formlar araştırmacılar tarafından, öğrencilerden sözel onam alındıktan sonra özdeğerlendirme yöntemi ile uygulandı.

Bu TYD kursu, TYD kursu, Amerikan Kalp Birliği ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi'nin belirlediği standartlara uygun bir eğitimdir; 5 saat kuramsal ve 7 saat uygulama olmak üzere 1.5 günde verilmektedir. Öğrenciler, kendi ders programları dikkate alınarak 30-45 kişilik sınıflara ayrılarak, TYD eğitimi konusunda uzman bir eğitmen tarafından her bir gruba 4.5 saatlik kuramsal eğitim verildi. Kuramsal eğitim öncesinde öğrencilerden kişisel bilgi formunu doldurmaları ve ön-test sorularını yanıtlamaları istendi. Kuramsal eğitimde, erişkin, çocuk, bebek KPR ve bilinçli/bilinçsiz erişkin, çocuk ve bebek havayolu tıkanıklığının giderilmesi ve otomatik eksternal defibrilasyona yönelik konular anlatıldı. Ayrıca, ikinci günde kendilerinden yapmaları beklenen erişkin, çocuk, bebek KPR ve bilinçli/bilinçsiz erişkin, çocuk ve bebek havayolu tıkanıklığı uygulamaları (toplam 6) maketler üzerinde gösterildi; kendilerinden konuyu çalışarak hazırlıklı gelmeleri istendi. Uygulama için öğrenciler 15-20 kişilik gruplara ayrıldı; TYD eğitiminde yetkinliği olan 3-4 eğitmen tarafından maket üzerinde uygulamalar tekrar gösterildi ve öğrenciler beşer kişilik küçük gruplara ayrıldı. Her bir öğrencinin her bir uygulamayı sırası ile ve doğru teknikte yapması istendi; bu sırada öğrencilerin uygulamaları bire bir Beceri Kontrol Çizelgeleri doğrultusunda izlenerek değerlendirildi. İlk seferinde başarılı olamayanlara, ikinci kez uygulama fırsatı verildi. Uygulamaları başarı ile tamamlayan öğrenciler, kuramsal bilgileri yönünden değerlendirilmek üzere son test sınavına alındı; sınav öncesinde öğrencilerden memnuniyet soru formunu doldurmaları istendi. Beceri kontrol çizelgeleri hariç, diğer formların uygulanması bir saat içinde tamamlandı. Kurs başarı ölçütleri, uluslararası standartlardaki TYD kurs programlarında uygulandığı

gibi, öğrencilerin kuramsal ve uygulamalı eğitimin tamamına katılmaları, kuramsal sınavda 100 puan üzerinden 88 veya üzeri, uygulamada ise 90 veya üzeri not almaları idi. Kurs başarı durumları sınav sonrasında öğrencilere duyuruldu.

Verilerin değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında kodlanarak değerlendirildi. Öğrencilerin bireysel özellikleri ve kursla ilgili beklenti ve memnuniyetleri yüzde ile ifade edildi; TYD kursuyla ilgili özellikler ve ön test başarı durumunun kıyaslanmasında Fisher kesin ki-kare testi; ön test ve son test başarı durumunun kıyaslanmasında ise ikili t-testi kullanıldı.

BULGULAR

Öğrencilerin bireysel özellikleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin %60'ı 21-22 yaş grubundaydı ve tüm grubun yaş ortalaması 22.1±1.9 idi. Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinin devlet üniversitesinde okuduğu (%64.8); %68'inin 4. sınıf öğrencisi olduğu; büyük bir kısmının lise sonrasında hemşirelik okuluna girdiği (%94.4) ve şu anda (öğrenci iken) çalışmadığı (%88.0) saptandı (Tablo 1). Öğrencilerin yaklaşık yarısı üniversitedeki ders ortalama notunun "C" olduğunu, çalışan öğrencilerin %77'si 6 aydan uzun süredir çalışmakta olduğunu belirtti.

Öğrencilerin TYD kursundan beklentileri ve bilgi ön test başarıları

Öğrencilerin kursa geliş amaçları ve beklentileri sorgulandığında, %76.8'i "acil durumlarda soğukkanlı davranmayı ve TYD'yi etkin şekilde uygulamayı öğrenmek"; %13.6'sı "TYD ile ilgili eksik bilgilerini tamamlamak/çocuk-bebekte TYD'yi öğrenmek"; %4.8'i ise "sertifika almak" amacıyla kursa katıldıklarını bildirdi.

Öğrencilerin %36'sı (n=45) daha önce TYD konusunda eğitim aldıklarını belirtti. Bu eğitimi alanların %73.3'ünün (n=33) eğitimi kendi okullarında aldığı; %91.1'inde (n=41) eğitimin kuramsal süresinin 1-2 saat olduğu (1-8 saat arasında, ortalama 2.8±1.5 saat); %46.7'sinde (n=21) uygulama süresinin 3 saat ve üzeri (1/2-8 saat arasında, ortalama 2.9±1.6 saat) olduğu belirlendi. Daha önce TYD uygulaması yapanların oranı %20.8 (n=26), TYD uygulamasını izleyenlerin oranı ise %65.6 (n=82) bulundu.

Tablo 1. Öğrencilerin bireysel özellikleri (n=125)

	Sayı	Yüzde
Yaş aralığı		
19-20	11	8.8
21-22	75	60.0
23-24	35	28.0
>24	4	3.2
Okul		
Devlet	81	64.8
Özel	44	35.2
Sınıf		
4	85	68.0
3	30	24.0
2	10	8.0
Mezun olunan okul		
Lise	118	94.4
Sağlık meslek lisesi	7	5.6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	12.0
Çalışmıyor	110	88.0

Bilgi ön testinde, sadece 15 öğrenci (%12) başarılı oldu. Daha önce TYD eğitimi alan öğrencilerin %28.9'unun (n=13), TYD eğitimi almayan öğrencilerin ise %2.6'sının (n=2) başarılı olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü (p<0.05). Öğrencilerin TYD eğitimi aldıkları kurum, TYD eğitiminin kuramsal ve uygulama süresi, daha önce TYD uygulama ve izleme ile ön test başarı durumları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 2). Bilgi ön testinde başarılı olan öğrencilerin puan ortalaması 91.7±3.5 idi ve bu öğrencilerin hepsi dördüncü sınıf öğrencisi idi.

Öğrencilerin kurstaki son test başarı durumu ve bilgi-becerilerini özdeğerlendirme sonuçları

Öğrencilerin kuramsal ön test puan ortalaması 59.5±17.9, son test puan ortalaması 97.9±3.2 bulundu. Aradaki fark ileri derecede anlamlı idi (t=-24.277; p<0.001).

Uygulamalı eğitimde öğrencilerin maket üzerinde yaptıkları uygulamalar beceri kontrol çizelgeleri ile değerlendirildiğinde, kurstaki tüm öğrenciler başarılı bulundu. Beceri puan ortalaması 100 üzerinden 98.3±1.6 idi.

Tablo 2. Öğrencilerin okul, temel yaşam desteği (TYD) eğitimi alma, uygulama ve izleme durumlarına göre bilgi ön test başarılarının karşılaştırılması

	Ön test						x ²	p
	Başarılı		Başarısız		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Eğitim alma durumu (n=123)								
Var	13	28.9	32	71.1	45	36.6	*	0.000
Yok	2	2.6	76	97.4	78	63.4		
Eğitim alınan kurum (n=45)								
Kendi okulu	11	33.3	22	66.7	33	73.3	*	0.460
Diğer kurumlar	2	16.7	10	83.3	12	26.7		
Kuramsal eğitimin süresi (n=45)								
1-2 saat	13	31.7	28	68.3	41	91.1	*	0.308
3-4 saat	-		4	100.0	4	8.9		
Uygulamalı eğitimin süresi (n=45)								
1-2 saat	5	20.8	19	79.2	24	53.3	1.625	0.202
≥3 saat	8	38.1	13	61.9	21	46.7		
Daha önce TYD uygulama (n=125)								
Var	6	23.1	20	76.9	26	20.8	3.814	0.051
Yok	9	9.1	90	90.9	99	79.2		
Daha önce TYD uygulamasını izleme (n=125)								
Var	10	12.2	72	87.8	82	65.6	0.009	0.926
Yok	5	11.6	38	88.4	43	34.4		

*Fisher kesin ki-kare testi.

Öğrencilerin TYD bilgi ve becerileri yönünden özdeğerlendirme sonuçları incelendiğinde, eğitim öncesinde TYD bilgi düzeylerini “çok iyi/iyi” bulanların oranı %21.6, “orta” bulanların oranı %54.4, “kötü/çok kötü” bulanların oranı ise %24.0 iken, eğitim sonrasında tüm öğrenciler bilgi düzeylerinin “çok iyi/iyi” olduğunu belirttiler. Kalp ve solunum durması gelişen bir hasta ile karşılaşsam “TYD uygulamasını yapabilirim” diyenlerin oranı kurs öncesinde %49.6 iken, kurs sonrasında %100’e ulaşmıştı.

Öğrencilerin TYD kursundan memnuniyetleri ve TYD kurs programının organizasyonu ile ilgili beklentileri

Öğrencilerin kurstan memnuniyet durumlarına bakıldığında, %84.8’inin memnuniyet düzeyinin “çok iyi”, %15.2’sinin de “iyi” düzeyde olduğu belirlendi. Öğrencilerin tamamı, kursun beklentilerini karşıladığını belirtti.

Öğrencilerin %100’ü TYD ve diğer sertifika programlarını gerekli bulduğunu belirtti. “TYD

kurslarının nerede verilmesini isterdiniz?” sorusuna öğrencilerin %66.4’ü okullarda; %13.6’sı ise özel kurslarda şeklinde yanıt verdi. “TYD eğitimi ne zaman ve kim tarafından verilmeli?” sorusuna öğrencilerin %80.5’i mezuniyet öncesinde, %2.4’ü mezuniyet sonrasında, %17.1’i hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası verilmesi gerektiğini belirtti. Öğrencilerin %48’i eğitimleri hemşirelerin vermesini, %12’si hekimlerin ve %40’ı da TYD konusunda uzman kişilerin vermesini önerdi.

TARTIŞMA

Öğrencilerin bilgi ön test başarıları

Temel yaşam desteği kuramsal ön testinde başarılı olan öğrencilerin oranı %12 bulunurken, önceden TYD eğitimi alan öğrencilerin almayanlara göre ön test başarıları anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 2). Kuramsal ön test başarı oranı, Madden’in^[6] 18 öğrenci hemşire ile yaptığı yarı-deneysel çalışmada %6; Yıldırım ve Çelik’in^[9] 106 yoğun bakım hemşiresi ile yap-

tıkları çalışmada %8.5 bulunmuş; kursu son altı ay içinde ve uygulamalı alanların daha başarılı olduğu belirlenmiştir.^[9]

Çalışmamızda, öğrencilerin kuramsal ön test puan ortalaması (59.5±17.9) bazı araştırma sonuçlarına göre oldukça yüksek olup, Çadır ve Koyunlu^[7] ile Yıldırım ve Çelik'in^[9] sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çadır ve Koyunlu'nun^[7] çalışmasında, 34 acil hemşiresinin KPR bilgileri değerlendirilmiş; ortalama bilgi puanının 22.85±9.41 (32 puan üzerinden) olduğu, maket üzerinde uygulamalı eğitim alanların ortalama puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Yıldırım ve Çelik'in^[9] çalışmasında ise hemşirelerin KPR bilgi puan ortalaması 100 üzerinden 61.3±11.3 bulunmuştur. Özzeybek ve ark.nın^[13] 165 tıp öğrencisi ile yaptığı çalışmada, kuramsal ön test puanı 100 üzerinden 6.6 bulunmuştur. Ancak, bu çalışmada sorular açık uçludur ve 5 günlük eğitim kapsamında sadece TYD değil, İYD konuları da yer almaktadır. Ayrıca, kurs öncesinde uygulama için maket üzerinde beceri testi yapılmıştır. Davies ve Gould'un^[4] 20 hemşire ile yaptığı çalışmada, maket üzerindeki uygulama ön test sonuçları 5 üzerinden 0.17 ile 0.43 arasında bulunmuştur. Nyman ve Sihvonon'un^[5] çalışmasında, 74 hemşire ve 188 öğrenci hemşirenin TYD becerileri değerlendirilmiş; TYD adımlarını sırası ile doğru uygulama oranının %3 ile %67 arasında değiştiği; öğrencilerin uygulamalarının hemşirelere göre daha iyi olduğu ve eğitimi altı ay ve öncesinde alanların daha başarılı oldukları saptanmıştır. Temel yaşam desteği uygulaması bilgi ile beraber beceriyi de gerektirmektedir. Çalışmamızda beceri ön testi yapılmadığından, bu durum sınırlılık olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda ön test puan ortalamasının yüksek olması, öğrencilerin okullarında TYD'yi ayrı bir kurs şeklinde değil, cerrahi ve dahiliye gibi diğer derslerin içinde aldıklarını düşündürmüştür.

Çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık 1/3'ü daha önce TYD kursu almıştır (Tablo 2). Temel yaşam desteği eğitim programının, YÖK Hemşirelikte Çekirdek Müfredat Programı'nda^[12] yer almasına ve Avrupa Resüsitasyon Kılavuzu'nda^[1] sağlık bilimleri öğrencilerine önerilmesine rağmen, öğrencilerin büyük çoğunluğunun bu kursu almamaları dikkat çekicidir. Daha önce TYD kursu alan öğrencilerin yaklaşık %75'inin bu eğitimi

okullarında almış olduğu ve bu eğitimin hem kuramsal hem de uygulamalı olarak verilmiş olduğu görülmüştür. Literatürde, TYD eğitimlerinin sadece kuramsal değil, uygulamalı verilmesinin yararlı olduğu belirtilmektedir.^[1,13,17] Hemşirelik okullarının ve diğer eğitim veren kuruluşların bu eğitimi kuramsal ve uygulamalı olarak yapmış olmaları olumlu bir adımdır.

Çalışmamızda, öğrencilerin TYD ile ilgili aldığı eğitimin kuramsal ve uygulama süreleri farklılık göstermektedir (Tablo 2). Avrupa Bölge Ülkelerinde TYD ve İYD eğitiminin değerlendirildiği bir çalışmada (33 ülke, 198 okul, 224 hastane), hemşirelik öğrencileri için TYD eğitiminin ortalama süresi kuramsal için 3.6 saat (1-12 saat arası), uygulama için 3.6 saat (1-10 saat arası) bulunmuştur.^[18]

Öğrencilerin kurstaki son test başarıları, memnuniyet ve kurs organizasyonu ile ilgili beklentileri

Öğrencilerin kurs öncesi kuramsal ön test puan ortalamasına göre son-test puan ortalamasında önemli artış vardır. Tüm öğrencilerin TYD ile ilgili altı beceriyi de başarı ile uyguladıkları görülmüştür. Ayrıca, "TYD uygulamasını yaparım" diyenlerin oranı kurs öncesinde %49.6 iken, kurs sonrasında %100'e ulaşmıştır. Bu durum, verilen eğitimin Amerikan Kalp Birliği/Avrupa Resüsitasyon kılavuzlarına göre düzenlenmiş olması (kuramsal ve uygulama; uygulamada her 5-6 öğrenciye bir eğitmen; uygulamaları maket üzerinde yapma; eksternal otomatik defibrilatör kullanımını bilme) ve tüm öğrencilere her bir uygulamanın bire bir yaptırılması ile ilişkili olabilir. Temel yaşam desteğinin önerilen standartlara göre yapıldığı diğer çalışmalarda da ön test ile son test arasında anlamlı artışlar olduğu belirlenmiştir.^[6,13]

Öğrencilerin TYD bilgileri yönünden özdeğerlendirme sonuçları incelendiğinde, eğitim öncesinde TYD bilgi düzeylerini "Çok iyi/iyi" bulanların oranı %21.6 iken, eğitim sonrasında bu oranın %100'e ulaştığı görülmektedir. Perkins ve ark.nın^[19] yaptığı çalışmada da, hemşirelik, tıp, diş hekimliği, fizik tedavi gibi bir grup lisans öğrencisine, daha önceden "TYD eğitmeni eğitimi" almış öğrenciler aracılığı ile TYD eğitimi verilmiş ve kurs memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Anılan çalışmada öğrencilerin %94.6'sı kurs organizasyonunu "mükemmel

ve iyi", %94.3'ü de öğretimi "mükemmel ve iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmamızda, verilen kursun öğrencilerin beklentilerini karşıladığı ve tüm öğrencilerin bu kurstan memnun oldukları görülmüştür. Bu durum, hem kuramsal hem de uygulamalı verilen eğitimle, öğrencinin kendi bilgi ve becerisinde gelişme görmesi ve kendisine duyduğu güveninin artması ile açıklanabilir.

Öğrencilerin tamamı TYD kurs programlarının gerekli olduğunu belirtmiş; yaklaşık yarısı (%48) TYD eğitimlerini hemşirelerden, %12'si hekimlerden ve %40'ı da uzman kişilerden almak istediklerini belirtmişlerdir. Xanthos ve ark.^[14] tarafından yapılan çalışmada, Avrupa Resüsitasyon Konseyi eğitimcisi olan hekim ve hemşirelerin rol aldığı TYD ve otomatik defibrilasyon eğitimi ile ilgili üç kursta, 108 hemşireye eğitim verilmiş ve kurstan bir ay sonra yeniden kuramsal sınav ve senaryo ile uygulama sınavı yapılmıştır. Hekim grubuna göre hemşire grubundan eğitim alanların kalp durması gelişimini daha iyi tanıdıkları ve uygulama sınavında daha başarılı oldukları görülmüştür. Bu durum, hemşirelere verilen TYD ve otomatik defibrilasyon eğitiminde motivasyonu yüksek ve deneyimli hemşire eğitimcilerin görev almasının hemşire kursiyerlerin öğrenme motivasyonunu artırdığı ve daha iyi öğrenmeyi sağladığı şeklinde yorumlanmış; ancak, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Perkins ve ark.^[20] tarafından yürütülen çalışmada, hemşirelik, tıp, diş hekimliği, fizik tedavi gibi bir grup lisans öğrencisi TYD konusunda arkadaşlarını eğitmek üzere yetiştirilmiş ve klinik uzmanlar ile öğrencilerin verdiği eğitim sonuçları kıyaslanmıştır. Bu uygulamada da, akran eğitimi şeklinde yapılan eğitimle klinik uzmanların yürüttüğü eğitim sonuçları arasında fark olmadığı görülmüştür.

Araştırmanın sınırlılıkları

Temel yaşam desteği eğitiminde asıl amaç, kuramsal bilginin değerlendirilmesi yanı sıra öğrenilen bilginin uygulamaya aktarıldığının değerlendirilmesidir. Ancak, bu çalışmada öğrencilerin TYD uygulama becerileri, öğrencilerin zaman sorunu nedeniyle kurs öncesinde değerlendirilememiştir.

Sonuç

Temel yaşam desteği, yaşamı tehdit eden durumlarda yaşam kurtarıcı bir uygulamadır.

Hastaların yaşamının korunmasında ve olası geriye dönüşsüz organ hasarlarının önlenmesinde TYD'nin erken başlatılması ve etkin şekilde uygulanması çok önemlidir. HUÇEP ve Amerikan Kalp Birliği/Avrupa Resüsitasyon kılavuzlarında, hemşire, hekim ve diğer tüm sağlık bilimleri öğrencilerinin TYD eğitimi almaları önerilmektedir. Ancak, yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin TYD konusunda bilgi ve becerilerinde yetersizlikler olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda, önerilen standartlar doğrultusunda yapılan TYD eğitiminin öğrencilerin bilgi ve becerilerini artırdığı, beklentilerini karşıladığı, verilen eğitimden memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelik okulları ve diğer sağlık kuruluşlarında sınırlı sürede ve sınırlı kaynaklarla yapılan TYD eğitimlerinin gözden geçirilmesi ve eğitimde önerilen standart koşulların sağlanmasında yararlı olabilir. Ayrıca, hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin TYD bilgilerinden çok, mevcut TYD eğitim programlarını ve TYD becerilerini ortaya koyacak araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Baskett P, Nolan J. Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu. Çeviri editörü: Çertuğ A. 3. baskı, İstanbul: Logos Yayıncılık; 2008.
2. Waalewijn RA, de Vos R, Tijssen JG, Koster RW. Survival models for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation from the perspectives of the bystander, the first responder, and the paramedic. Resuscitation 2001;51:113-22.
3. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med 1993; 22:1652-8.
4. Davies N, Gould D. Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurses' competence. J Clin Nurs 2000;9:400-10.
5. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Resuscitation 2000;47:179-84.
6. Madden C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. Nurse Educ Today 2006;26:218-27.
7. Çadır G, Koyunlu Ş. Muğla il merkezindeki hastanelerin acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin kardiopulmoner resüsitasyona (CPR) ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2006;1:77-81.

8. Nikandish R, Jamshidi H, Musavifard R, Zebardast T, Habibi N. Basic cardiopulmonary resuscitation skills of nurses at a teaching hospital in Southeast Iran in 2006. *Resuscitation* 2007;73:321-2.
9. Yıldırım GÖ, Oyur Çelik G. Yoğun bakım hemşirelerinin temel yaşam desteğine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;24:45-60.
10. Verplancke T, De Paepe P, Calle PA, De Regge M, Van Maele G, Monsieurs KG. Determinants of the quality of basic life support by hospital nurses. *Resuscitation* 2008;77:75-80.
11. Cummins RO. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 2000;102(8 Suppl):I1-11.
12. HUÇEP YÖK Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) Komisyon Raporu 2002 (YÖK'ün Üniversitelere gönderdiği 16.09.2003-019528 no'lu yazısı).
13. Özzeybek D, Öztekin S, Taşdöğen A, Mavioğlu Ö, Elar Z. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;16:181-7.
14. Xanthos T, Ekmektzoglou KA, Bassiakou E, Koudouna E, Barouxis D, Stroumpoulis K, et al. Nurses are more efficient than doctors in teaching basic life support and automated external defibrillator in nurses. *Nurse Educ Today* 2009;29:224-31.
15. Stapleton ER, Aufderheide TP. Instructor's manual: basic life support. New York: American Heart Association; 2000.
16. Bullock I, Colguhoun M. Generic instructor manual. European Resuscitation Council. London: Resuscitation Council (UK); 2001.
17. Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2005;51:288-97.
18. Garcia-Barbero M, Caturla-Such J. What are we doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe? An analysis of a survey. *Resuscitation* 1999;41:225-36.
19. Perkins GD, Hulme J, Shore HR, Bion JF. Basic life support training for health care students. *Resuscitation* 1999;41:19-23.
20. Perkins GD, Hulme J, Bion JF. Peer-led resuscitation training for healthcare students: a randomised controlled study. *Intensive Care Med* 2002;28:698-700.

Öğrenci Hemşirelerin Mezuniyet Sonrasında Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışma Hakkındaki Görüşleri

Opinions of Nursing Students about Working in Intensive Care Units after Graduation

Sevim ÇELİK, Funda VEREN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):63-68

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmada, hemşire öğrencilerin mezuniyet sonrası kariyer alanı olarak yoğun bakım hemşireliğini seçme durumları ve bu durumu etkileyen faktörler incelendi.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, sağlık yüksekokulunun 2, 3 ve 4. sınıflarındaki 202 hemşirelik öğrencisi ile yapıldı. Veriler 17 sorudan oluşan bir anket formu ile toplandı. Öğrenci hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelik okulunda yoğun bakım hemşireliği dersi alma durumları, yoğun bakım hemşireliği stajına ilişkin görüşleri, yoğun bakım hemşireliği hakkındaki düşünceleri, mezuniyet sonrasında bu ünitelerde çalışma düşünceleri ve nedenleri öğrenilmeye çalışıldı.

Bulgular: Müfredat programında yoğun bakım hemşireliği dersi bulunmamasına karşın, öğrencilerin %76.7'si teorik, %92.6'sı uygulama olarak bu dersi diğer hemşirelik dersleri kapsamında almıştı. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (n=187, %92.6) yoğun bakım hemşireliği ile ilgili dersin müfredatta olmamasını eksiklik olarak nitelendirdi. Öğrenci hemşirelerin %44.1'i (89 kişi) mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitesinde çalışmak istediklerini, %55.9'u (113 kişi) ise çalışmak istemediklerini belirtti. Yoğun bakım ünitelerindeki klinik uygulama sırasında yaşanan olumsuz etkileşimlerin çoğunlukla hemşirelerden (%40.4) kaynaklandığı, bunu hekim (%34.9) ve hastaların (%20.5) izlediği belirlendi. Mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitesinde çalışma isteği dördüncü sınıf öğrencileri arasında daha fazlaydı (%46.2). Bu tercihin önde gelen nedenleri, bu şekilde deneyimin daha fazla artacağı (%30.3) ve ağır hastaya bakmaktan doyum alma (%28.1) idi. İlk sıradaki tercih etmeme nedenleri ise, işin yorucu olması (%39.8) ve ortamın sevilmemesi (%26.5) idi.

Sonuç: Yoğun bakım hemşireliğine ilgi duyulmasına rağmen, hemşirelik öğrencilerinin yaklaşık %60'ının çalışma ortamıyla ilgili nedenlerden dolayı mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitelerini kariyer alanı olarak düşünmedikleri görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kariyer seçimi; kritik bakım; eğitim, hemşirelik; anket; öğrenci, hemşirelik.

Objectives: This descriptive study was carried out to determine the career choice of nursing students to practice intensive care nursing after graduation and the factors that influenced their preferences.

Materials and Methods: The study included 202 nursing high school students of grades 2, 3, and 4. Data were collected using a 17-item questionnaire that inquired demographic characteristics of the nursing students, their status of receiving intensive care nursing lessons, their opinions on critical care nursing internship and on intensive care nursing, tendency for a career in intensive care nursing after graduation, and the reasons for their choices.

Results: Although the nursing curriculum did not include an intensive care nursing lesson, 76.7% and 92.6% of the students took theoretical and practical courses, respectively, as part of their nursing subjects. The great majority of the students (n=187, 92.6%) stated that the absence of intensive care nursing lesson in the curriculum was a flaw. Of the study group, 44.1% (n=89) preferred a postgraduate career in intensive care nursing, while 55.9% (n=113) declared their unwillingness. Adverse interactions experienced by the students during practical internship in intensive care units accounted primarily for nurses (40.4%), followed by physicians (34.9%) and patients (20.5%). Willingness to a future career in intensive care unit was more prevalent among grade 4 students (46.2%). The leading reasons in favor of intensive care nursing were the chance for increased experience (30.3%) and satisfaction with caring critically ill patients (28.1%). The leading reasons for unwillingness, on the other hand, were tiring nature of the job (39.8%) and unpleasantness of the environment (26.5%).

Conclusion: Although there was considerable interest in intensive care nursing, about 60% of nursing students did not consider a career in intensive care nursing following graduation due to inherent characteristics of working environment.

Key Words: Career choice; critical care; education, nursing; questionnaires; students, nursing.

3. EFCCNa ve 27. Aniarti Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (9-11 Ekim 2008, Floransa, İtalya).

(Çelik, Yrd. Doç. Dr.; Veren, Öğr. Gör.) Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu.

İletişim adresi: Sevim Çelik, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bahçelievler Mah., 67100 Site, Zonguldak.

Tel: 0372 - 257 41 91 / 119 e-posta: sevimakcel@yahoo.com

Hemşirelik eğitiminde temel amaç, değişen sağlık bakım gereksinimlerine hazırlıklı olabilen, bilgi ve deneyim sahibi, nitelikli meslek üyesi yetiştirmektir. Bu amaçla, klinik uygulama, hemşirelik eğitiminde teorik eğitimin ayrılmaz bir parçasıdır.^[1-4]

Hemşirelik öğrencileri klinik uygulamalar sırasında hasta ile iletişim kurarak, hemşireliğe özgü profesyonel bilgi ve becerileri kullanabilmeyi ve geliştirmeyi, doğru karar vermeyi, sorun çözmeyi öğrenmektedir. Ancak, 1996 yılında Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurumu ile yapılan anlaşma sonrasında, yeterli altyapı ve akademik kadro, klinik çevre oluşturulmadan hızla açılan ve öğrenci kontenjanı sürekli artırılan sağlık yüksekokullarında klinik eğitim istenen düzeyde sürdürülememektedir.^[5,6] Literatürde, iyi düzenlenmemiş klinik çevrenin, yetersiz sayıdaki öğretim elemanı ve hemşirelerle yürütülen klinik eğitimin, öğrencinin klinik ortamdaki stres düzeyini artırdığına, klinik becerilerini yeterli düzeyde yansıtamamasına ve kariyer seçimlerini olumsuz etkilediğine dikkat çekilirken; klinik alanda iyi anılara, olumlu deneyimlere ve etkileşimlere sahip olan öğrencilerin, mezuniyet sonrası kariyer tercihi olarak bu alana dönmelerinin daha olası olduğu vurgulanmaktadır.^[3,7]

Bilindiği üzere, kariyer, yaşam boyu süren, ilerlemek umuduyla girilen ve emekliliğe kadar sürdürülen bir uğraş olarak tanımlanmaktadır. Kariyer planı yapılırken, bireyler seçecekleri alanın kendi beklentilerine, amaçlarına uygun olması, sahip oldukları bilgi, beceri, yetenek ve çalışma isteği ile o alanda bağımsız karar verebilme ve ilerleyebilme düşüncesindedirler.^[8,9]

Öğrenci hemşirelerin kariyer alanı olarak seçtikleri hemşirelik alanlarına ve bu seçimi etkileyen faktörlere ilişkin çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bazılarında, öğrenci hemşirelerin yoğun bakım hemşireliği alanında kariyer yapma isteklerinin önemli düzeyde olduğu bildirilirken; bazılarında da, gerek ortam yetersizlikleri gerekse öğrencilerin bu alandaki bilgi ve deneyimlerinin az olmasından dolayı olumsuz bakış açılara sahip oldukları belirtilmektedir.^[10,11]

Bu tanımlayıcı araştırma, Türkiye’de bir üniversitenin sağlık yüksekokulunda okuyan hemşire öğrencilerin mezuniyet sonrası kariyer

alanı olarak yoğun bakım hemşireliğini seçme durumlarını ve bu durumu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın evreni, 2007-2008 öğretim dönemi, bahar yarıyılında Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde okuyan ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıftan toplam 224 öğrenci olarak belirlendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 202 öğrenci örneklem kapsamına alındı. Birinci sınıf öğrencileri, araştırmanın yapıldığı dönemde hemşirelikle ilgili meslek derslerini görmeye yeni başladıklarından ve klinik alana çıkmamış olduklarından örneklem kapsamına alınmadı. Araştırmaya katılım oranı %90 idi.

Öğrencilerin %59.4’ü 22-24 yaş grubunda, %63.4’ü kadın, %41.1’i 3. sınıf ve %39.6’sı 4. sınıf öğrencisiydi.

Araştırmaya Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden yazılı onay alındıktan sonra başlandı. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan veri formu ile toplandı. Formların anlaşılabilirliğini kontrol etmek için araştırmayı kabul eden 15 öğrenci ile önuygulama yapıldı ve bu uygulama sonrasında veri formunda herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek olmadığı düşünüldü. Önuygulama amacıyla araştırmaya katılan öğrenciler de, veri formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için örneklem kapsamına dahil edildi.

Veri toplama formu dağıtılırken öğrenciler çalışmanın amacı ve isimlerinin gizli kalacağı konusunda bilgilendirildi ve sözel onayları alındı. Veri formu, öğrenci hemşirelerin demografik özelliklerini, hemşirelik okulunda yoğun bakım hemşireliği dersi alma durumlarını, klinik uygulama öncesi ve sonrası yoğun bakım hemşireliği stajına ilişkin görüşlerini, yoğun bakım hemşireliği hakkındaki düşüncelerini, mezuniyet sonrası kariyer alanı olarak bu ünitelerde çalışma düşüncelerini ve nedenlerini inceleyen toplam 17 soru içeriyordu. Soruların 12’si kapalı uçlu, beşi ise açık uçlu idi.

Veri formu, katılımın yüksek olmasını sağlamak amacıyla, uygulamalı derslerin hemen öncesinde öğrencilere dağıtıldı ve ders bitiminden sonra toplandı.

Elde edilen veriler, SPSS 15.0 paket programında sayı, yüzdelik, ortalama şeklindeki tanımlayıcı istatistiksel analiz tekniklerinin yanı sıra ki-kare testi ve ilişki arayıcı analiz teknikleri kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık %95 güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Yoğun bakım hemşireliği ile ilgili dersi öğrencilerin %76.7'si teorik, %92.6'sı uygulama olarak diğer hemşirelik dersleri kapsamında almışlardı (Tablo 1). Öğrencilerin yoğun bakım hemşireliğinin teori ve uygulamasını aldıkları diğer hemşirelik dersleri büyük çoğunlukla hemşirelikte temel ilke, dahiliye ve cerrahi hastalıkları hemşireliği dersleri idi. Bu derslerde yoğun bakım hemşireliğine ilişkin teori eğitim süresinin ağırlıklı 3-5 saat (%41.3), klinik uygulama süresinin de ağırlıklı 2-4 gün (%44.9) olduğu görüldü (Tablo 1).

Öğrencilerin büyük çoğunluğu ($n=187$, %92.6) yoğun bakım hemşireliği ile ilgili dersin olmamasını eksiklik olarak nitelendirdi ve bu dersin okulun hemşirelik eğitim müfredatında yer almasının yoğun bakım hemşireliğine bakış açılarında olumlu etki yaratacağını bildirdi.

Öğrenci hemşirelerin %44.1'i (89 kişi) mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitesinde çalışmak istediklerini belirtti (Tablo 2). Yoğun bakım ünitelerinden mutlu olarak ayrıldığını bildirenler ile bu ünitelerde mutlaka klinik

Tablo 1. Öğrenci hemşirelerin yoğun bakım hemşireliği bilgisi alma durumlarına ilişkin bildirimleri

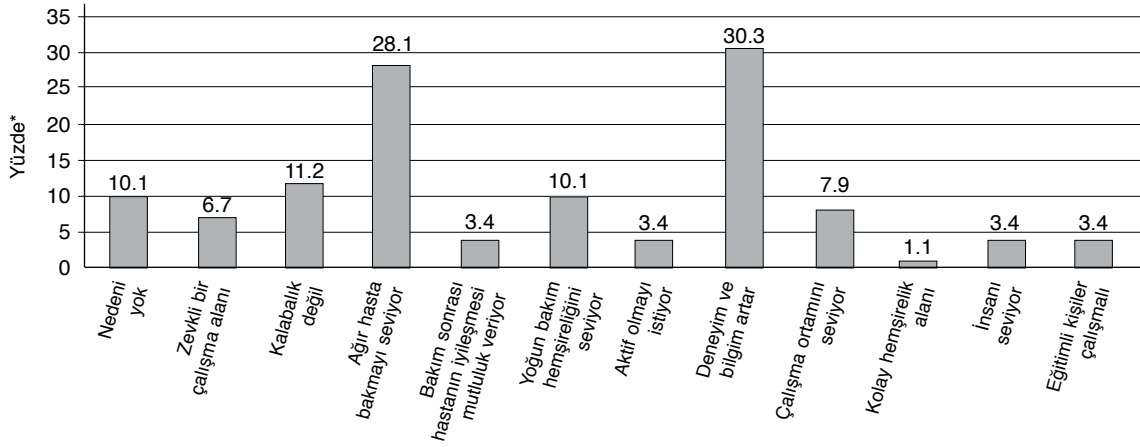
	Sayı	Yüzde
Teorik bilgi alma		
Evet	155	76.7
Hayır	47	23.3
Teorik bilgi süresi		
0-2 saat	35	22.6
3-5 saat	64	41.3
6-8 saat	18	11.6
9-11 saat	2	1.3
≥12 saat	36	23.2
Klinik uygulama yapma		
Evet	187	92.6
Hayır	15	7.4
Klinik uygulama süresi		
1 gün	12	6.4
2-4 gün	84	44.9
5-7 gün	49	26.2
8-10 gün	27	14.4
≥11 gün	15	8.0

uygulama yapılmalı şeklinde bildirimde bulunan öğrenciler arasında mezuniyet sonrasında bu ünitelerde çalışma isteğini dile getiren öğrencilerin oranı, istemeyenlere göre anlamlı derecede fazlaydı ($p < 0.05$). Bir daha yoğun bakım ünitelerinde klinik uygulama yapmak istemeyen öğrenciler arasında ise, mezuniyet

Tablo 2. Öğrenci hemşirelerin yoğun bakım hemşireliği klinik uygulaması sonrası görüşleri ve kariyer alanı seçimindeki etkisi

	Yoğun bakım ünitesinde çalışma isteği				p
	Evet (n=89)		Hayır (n=113)		
Klinik uygulama sonrası görüşler	Sayı*	Yüzde**	Sayı*	Yüzde**	
Hiçbir şey hissetmiyor.	2	25.0	6	75.0	0.29
Yaşadığı duyguları hatırlamıyor.	1	16.7	5	83.3	0.22
Mutlu olmuş.	17	65.4	9	34.6	0.02
Teorik bilgisinin arttığını düşünüyor.	35	50.7	34	49.3	0.24
Hasta bakımı bilgisinin arttığını düşünüyor.	45	47.4	50	52.6	0.54
Mutlaka eğitim için uygulama yapılması gereken alan ifadesini kullanıyor.	51	53.7	44	43.6	0.01
Öğrenci için ağır uygulama alanı olarak görüyor.	6	37.5	10	62.5	0.51
Bir daha yoğun bakım ünitesinde staj yapmak istemiyor.	7	25.9	20	74.1	0.03

*Birden fazla yanıt verilmiştir; **Satır yüzdesi alınmıştır.



Şekil 1. Yoğun bakım hemşireliğinin kariyer alanı olarak tercih edilme nedenleri. * Birden fazla yanıt verilmiş olsa bile yüzdeler n=202 sayısına göre hesaplanmıştır.

sonrasında yoğun bakım ünitelerinde çalışmak istemeyenlerin oranı anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$).

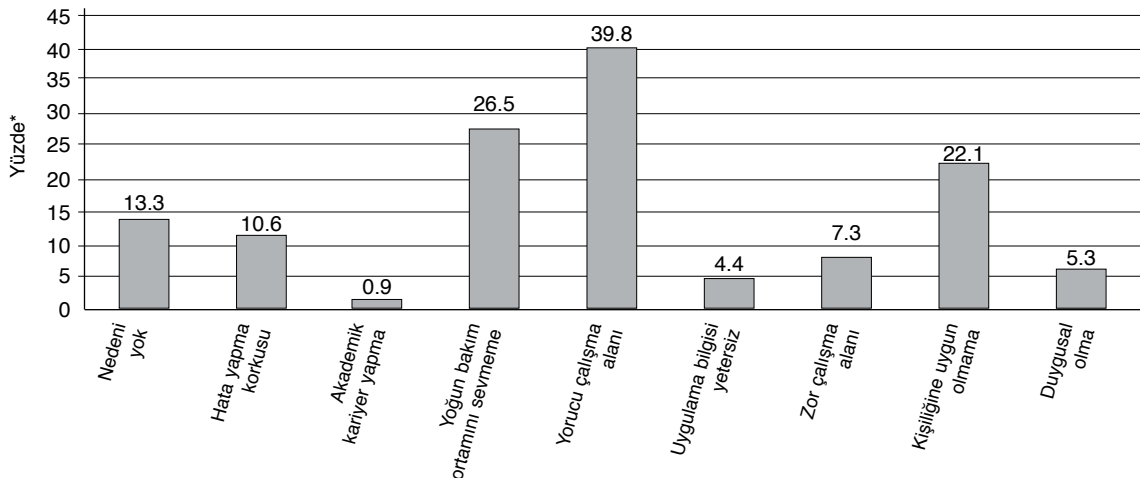
Yoğun bakım ünitelerinde klinik uygulama sırasında yaşanan etkileşimlerin yoğun bakım hemşireliği hakkında olumsuz düşünce oluşumunda etkisi incelendiğinde, bu düşüncenin çoğunlukla hemşirelerden (%40.4) kaynaklandığı, bunu hekim (%34.9) ve hastaların (%20.5) izlediği saptandı. Bununla birlikte, bu değişkenler mezuniyet sonrası yoğun bakım ünitesinde çalışma istekleri ile anlamlı ilişki göstermedi ($p>0.05$).

Kariyer alanı olarak yoğun bakım hemşireliğini seçme ile öğrenci hemşirelerin yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, dersin teori ve uygulamasını alma ve uygulama gün sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Ancak, dördüncü sınıfta olan,

dersin teorisini alan ve klinik uygulamasını yapan öğrenci hemşireler arasında mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitesinde çalışma isteği daha fazlaydı.

Öğrencilerin mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitesinde çalışmayı tercih etmelerinin önde gelen nedenleri, hemşirelik deneyim ve bilgisinin bu üniteye çalışma sonrasında daha iyi olacağı düşüncesi (%30.3) ve ağır durumdaki hastaya bakmaktan doyum alma (%28.1) şeklindeydi (Şekil 1).

Mezun olduktan sonra yoğun bakım ünitesinde çalışmak istemediğini bildiren 113 öğrencinin (%55.9) önde gelen tercih etmeme nedenleri ise, işin yorucu olması (%39.8), ortamı sevmemeleri (%26.5) ve kişiliğine uygun bir hemşirelik alanı olarak düşünmemeleri (%22.1) idi (Şekil 2).



Şekil 2. Yoğun bakım hemşireliğinin kariyer alanı olarak tercih edilmeme nedenleri. * Birden fazla yanıt verilmiş olsa bile yüzdeler n=202 sayısına göre hesaplanmıştır.

TARTIŞMA

Araştırmalar, öğrencilerin mezuniyet sonrası kariyer seçimlerinde klinik uygulama alanının ve klinik deneyimlerin oldukça etkili olduğunu vurgulamaktadır. Araştırmamız da, Türkiye’de öğrenci hemşirelerin yoğun bakım hemşireliğini kariyer alanı olarak seçme durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirleyerek, bu kapsamda var olan bilgi birikimine katkıda bulunmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı sağlık yüksekokulunun müfredat programında yoğun bakım hemşireliği dersi bulunmamaktadır. Öğrencilere yoğun bakım hemşireliğine ilişkin bilgiler birinci sınıfta hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar, ikinci sınıfta iç hastalıkları ve cerrahi hastalıkları hemşireliği, üçüncü sınıfta ise çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersleri kapsamında teorik ve uygulamalı olarak verilmektedir. Öğrencilerin de, yoğun bakım hemşireliğine ilişkin bilgileri diğer uygulamalı hemşirelik dersleri kapsamında aldıklarını ve bu dersin müfredat programında yer almasının yoğun bakım hemşireliğine bakış açılarını olumlu yönde etkileyeceğini bildirdikleri belirlenmiştir. Collins ve ark.^[12] da, öğrencilerin ifadelerine ışık tutacak şekilde, yoğun bakım programının öğrenci hemşirelerin bilgi ve yeteneklerinin artışında etkili olduğunu, yoğun bakım hastalarının yönetimine ilişkin güvenlerini ve öğrendikleri yeni bilgi ve uygulamalar ile yoğun bakım alanında çalışma isteklerini artırdığını bildirmişlerdir. İngiltere’de Sağlık Bakanlığı’na 2001 yılında yayımlanan bir raporda, yoğun bakım hastalarının etkili bakımının sağlanması için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin önemli olduğu ve, araştırmamızı destekler nitelikte, mezuniyet öncesi eğitim programlarının yeniden düzenlenmesinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır.^[11]

İlgili dersi kapsamlı olarak görmemelerine karşın, öğrencilerin yaklaşık yarısı bu ünitelerde bilgi ve deneyiminin artacağı düşüncesiyle ve ağır durumda olan hastalara bakım vermektense doyum alacakları için çalışmak istediklerini ifade etmişlerdir. Gözüm^[13] tarafından yapılan bir çalışmada, bulgularımıza ters şekilde, hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet sonrası en sık eğitici, yönetici ve çocuk hemşireliği, en az ise evde bakım ve yoğun bakım hemşireliği alanında çalışmak istedikleri belirtilmektedir. Fenush ve Hupcey^[7] ise, bulgularımıza para-

lellik gösterir şekilde, 55 katılımcı ile yaptıkları araştırmada, öğrencilerin yaklaşık 1/3’ünün çocuk ünitelerinde, burada çalışmak isteyenlerin de yarısının çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışmak istediklerini; 2/3’ünün yetişkin ünitelerinde, bunun da yarısının yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışmak istediklerini bildirmişlerdir. İsrail’de yapılan bir araştırmada da, bulgularımıza benzer şekilde, öğrenciler arasında mezuniyet sonrası ilk çalışılmak istenen hemşirelik alanının yoğun bakım hemşireliği olduğu bulunmuştur.^[14] Norveç’te hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada, öğrencilerin kariyer tercihlerinde ünite klinik deneyimlerin ve profesyonelleşme düşüncelerinin etkili olduğu gözlenmiştir.^[15] İngiltere’de Sağlık Bakanlığı’na yayımlanan raporda da, hemşirelerin gelecekte profesyonelleşmeleri için önerilen kariyer alanlarına içinde çocuk, aile ve halk sağlığı, poliklinik, uzun süreli destek üniteleri, acil ve yoğun bakım, ruh sağlığı ve psikososyal bakım dikkat çekmektedir.^[11]

Yoğun bakım ünitelerinde klinik uygulama eğitimi sonrası bu ünitelerden mutlu ayrılan öğrencilerimizin mezuniyet sonrasında aynı alana geri dönmek istedikleri göze çarparken, mutsuz ayrılan ve bir daha bu üniteye bulunmak istemeyen öğrencilerin, öncelikle hemşirelerle olan etkileşimlerinin, düşüncelerini olumsuz etkilediği dikkat çekmektedir. Yine çalışmada, öğrencilerin yoğun bakım hemşireliğini yorucu olarak nitelendirmeleri ve yoğun bakım ortamını sevmemelerinin gelecekte bu ünitelerde çalışmak istememe nedenleri arasında önemli etkenler olduğu saptanmıştır. İngiltere’de 37 üniversiteden 1596 hemşirenin mezuniyet sonrası seçtikleri alanların araştırıldığı bir çalışmada, özel alanlardaki öğrenci deneyimlerinin gelecekteki kariyer seçimlerini etkilediği vurgulanmıştır.^[16] Başka çalışmalarda da, bulgularımıza benzer şekilde, hemşirelerin öğrenci ile olan etkileşimlerinin kariyer seçimlerinde önemli yer tuttuğu; hemşireler ile yapılan tedavi ve bakım uygulamalarının, kişisel deneyimlerin bu süreci olumlu veya olumsuz yönde belirleyen önemli unsurlar olduğu bildirilmiştir.^[7,17] White^[10] tarafından yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerimizin yoğun bakım hemşireliğini tercih etmeme nedenleri arasında son sıralarda ifade ettikleri klinik deneyim bilgisi yetersizliği, kariyer seçimi için önemli bir unsur olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin;

- Büyük çoğunluğunun yoğun bakım hemşireliğine ilgi duyduklarını,
- Öğrenimleri sırasında klinik alandaki deneyimlerinin, iletişimlerinin mezuniyet sonrası yoğun bakım alanında çalışmada etkili olduğunu,
- Kariyer alanı olarak yoğun bakım hemşireliğini, deneyim ve bilgisinde artma ve ağır durumdaki hastaya bakım verme istekleri ile seçeceklerini,
- Yoğun bakım hemşireliğini, yorucu olması, ortam ve kişiliklerine uygun olmaması nedenleriyle seçmeyeceklerini göstermektedir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik okullarında müfredat programlarına teori ve uygulamalı yoğun bakım hemşireliği dersinin konması,
- Uygulama yapılan hastanelerde ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde, öğrenciler için stresli olmayan, öğrenmelerini destekleyici, motive edici şekilde uygun koşulların sağlanması,
- Hemşire eğitimcilerin ve yöneticilerin öğrencilere mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri alanlar konusunda danışmanlık yapmaları,
- Araştırmacıların, öğrencilerin mezuniyet sonrası hemşirelik mesleğinde kariyer tercihlerini ve bu tercihleri etkileyen olumlu ve olumsuz faktörleri uzun süreli incelemeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kaya H. Hemşirelik eğitiminde değişimler ve gelecek. In: I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre Kitabı. İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık; 2003. s. 249-56.
2. Kukul K. Nursing in Turkey. Nurse Educ 2005; 30:101-3.
3. Lai HL, Peng TC, Chang FM. Factors associated with career decision in Taiwanese nursing students: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 43:581-8.
4. Savaşer S. Geleceğe yönelik hemşirelik eğitiminde uygulama alanları. In: IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı" Kitabı: İstanbul: Çevik Matbaacılık; 1999. s. 335-6.
5. Yavuz M. Nursing doctoral education in Turkey. Nurse Educ Today 2004;24:553-9.
6. Bahçecik N, Alpar SE. Nursing education in Turkey: from past to present. Nurse Educ Today 2009; 29:698-703.
7. Fenush JK Jr, Hupcey JE. An investigation of clinical unit choices by graduating baccalaureate nursing students. J Prof Nurs 2008;24:90-5.
8. Yazıcı Altuntaş S, Korkmaz Ş, Baykal Ü, Özyürek A, Pazar Z, Uz Ş ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri ve bunu etkileyen faktörler. Hemşirelik Dergisi 2005;13:179-97.
9. Azaka A, Taşçı S. Klinik karar verme ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2009;17:176-83.
10. Collins TJ, Price AM, Angrave PD. Pre-registration education: making a difference to critical care? Nurs Crit Care 2006;11:52-7.
11. White J. The impact of clinical experiences during pre-registration diploma in nursing courses on initial career choice. J Nurs Manag 1999;7:157-65.
12. British Department of Health. The nursing contribution to the provision of comprehensive critical care for adults. A strategic programme of action. London: 2001. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014750.pdf.
13. Gözüm S. Hemşirelik öğrencilerinin çalışmak istedikleri alanlara ilişkin lisans eğitiminin başında ve sonundaki tercihleri. In: 2. Uluslararası ve 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2003. s. 49.
14. DeKeyser Ganz F, Kahana S. Perceptions of Israeli student nurses regarding clinical specialties and factors that influence these perceptions. J Adv Nurs 2006;56:88-98.
15. Kloster T, Høie M, Skår R. Nursing students' career preferences: a Norwegian study. J Adv Nurs 2007;59:155-62.
16. Marsland L, Hickey G. Planning a pathway in nursing: do course experiences influence job plans? Nurse Educ Today 2003;23:226-35.
17. Crowe MJ, Mackenzie L. The influence of fieldwork on the preferred future practice areas of final year occupational therapy students. Aust Occup Ther J 2002;49:25-36.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Tacizden Etkilenme Durumlarının İncelenmesi

Evaluation of Response Levels of Intensive Care Nurses to Emotional Abuse

Tuğba AKSU, Asiye AKYOL

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):69-76

Amaç: Duygusal taciz (mobbing), işyerlerinde çalışanlar arasında belirgin bir süre yaşanan rahatsız, huzursuz edici davranışlardır. İşyerindeki duygusal tacizin hemşirelerde olumsuz etkiler yarattığı ve dolaylı olarak hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Bu araştırma, yoğun bakım hemşireleri üzerinde duygusal tacizin etkilerini tanımlamak amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya İzmir'deki üç hastanede çalışan 162 yoğun bakım hemşiresi alındı. Veri toplamada hemşirelerin demografik özelliklerini ortaya koyan ve duygusal tacizden etkilenme düzeylerini ölçen anket formu kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 29 ± 5 idi; %69.8'i 20-30 yaş grubundaydı; %58'i lisans mezunuydu ve %61.7'si yoğun bakımda 1-5 yıldır çalışmaktaydı. Hemşirelerin %71'inin meslek yaşantısı içinde duygusal tacize maruz kaldığı ve %82.1'inin bunu ilgili yerlere bildirmedikleri belirlendi. Duygusal tacizi algılama ölçeğinin sosyal yönden etkilenme puanı orta düzeyde (40.3 ± 8.2), fiziksel yönden etkilenme puanı düşük düzeyde (13.3 ± 3.8), psikolojik yönden etkilenme puanı ise yüksek düzeyde (33.2 ± 7.6) bulundu. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise orta düzeyde (78.9 ± 20.3) idi. Hemşirelerin duygusal tacize verdikleri en yaygın tepkiler, bu durumu arkadaşlarıyla paylaşma (%83.5), sessiz kalıp herhangi bir girişimde bulunmama (%60.9), meslekten ayrılmayı düşünme (%56.5) şeklindeydi.

Sonuç: Duygusal taciz ve bununla bağlantılı duygusal ve fiziksel sağlık sorunlarının neden olduğu duygusal taciz stresi, hemşireleri davranış veya performans sorunları ile baş etmek zorunda bırakmakta, performans ve iş doyumunu azalmakta ve işle bağlantısını zayıflatmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım ünitesi; hemşire/psikoloji; mesleki maruziyet; anket; cinsel taciz.

Objectives: Emotional abuse refers to uncomfortable and unsettling behaviors experienced by workers for a significant period of time in the workplace. It has been suggested that emotional abuse in the workplace exerts adverse effects on nurses resulting in decreased quality of patient care. This study aimed to define the effects of emotional abuse on intensive care nurses.

Materials and Methods: The study included 162 intensive care nurses working in three hospitals in İzmir. Data were collected using a questionnaire that inquired demographic characteristics of the nurses and their response levels to emotional abuse.

Results: The mean age of the nurses was 29 ± 5 years, 69.8% were in the age group of 20-30 years, 58% had undergraduate degree, and 61.7% had been working in intensive care unit for 1 to 5 years. Overall, 71% of nurses experienced episodes of emotional abuse throughout their professional life, for which 82.1% did not submit an official complaint. The levels of perceptual emotional abuse were as follows: moderate in the social subscale with a score of 40.3 ± 8.2 , low in the physical subscale with a score of 13.3 ± 3.8 , and high in the psychological subscale with a score of 33.2 ± 7.6 . The overall mean score was 78.9 ± 20.3 , representing a moderate level. The most common reactions exhibited by the nurses were sharing the event with friends (83.5%), remaining silent without any attempt (60.9%), and considering quitting the job (56.5%).

Conclusion: Emotional abuse and associated emotional abuse stress caused by emotional and physical health problems force nurses to cope with behavior or performance issues, resulting in decreased performance and job satisfaction, and weaken their devotion to work.

Key Words: Intensive care units; nurses/psychology; occupational exposure; questionnaires; sexual harassment.

Leymann^[1] duygusal tacizi, işyerinde çalışan kişi ya da kişiler üzerinde sistematik bir şekilde baskı yaratarak bunaltma, korkutma, tehdit etme gibi taktiklerle işten istifa aşamasına kadar ulaşabilen bir süreç olarak tanımlamıştır.

Kurumlarda yaşanan duygusal taciz, kurumun sağlığını bozan, çalışanların memnuniyetini ve verimliliğini olumsuz etkileyen örgütsel bir sorundur. Hastanelerde çalışan hemşirelerin birçoğu, işyerlerinde karşılaştıkları olumsuz davranışlar karşısında sessiz kalmak ve ekonomik nedenlerle katlanmak durumunda kalmaktadırlar.^[2] Hastanelerde mutsuz, performansı düşük hemşirelerin varlığı istemeyerek de olsa kaliteli hasta bakımını engellemektedir. Ayrıca, hastanelerde diğer mesleklere göre kadın çalışan sayısı daha fazladır ve hemşireler sağlık çalışanları arasında bu grupta ilk sırada yer almaktadır.^[3]

Duygusal taciz ile amaçlanan, kurban olarak seçilmiş bireyin, yani mağdurun, duygusal taciz davranışlarına maruz bırakılarak yıldırılması, bezdirilmesidir.^[4] Olumsuz davranışların kişi üzerinde yarattığı psikolojik baskı ile mağdurlar, kendilerine duydukları güveni kaybetmekte ve görevlerini tam olarak yerine getiremez duruma gelmektedirler. İşyerlerinde çalışanların yaşadığı bu saldırganca davranışlar, mağdurların fizyolojik ve psikolojik sağlık durumlarında zararlara yol açmakta, özel yaşamlarını etkilemektedir.^[3,5]

Uzun süre ve sık sık duygusal tacize maruz kalanlarda yüksek tansiyon, kalıcı uyku bozuklukları, mide-bağırsak sorunları, konsantrasyon bozuklukları, aşırı kilo alma veya verme, depresyon, alkol ya da ilaç alışkanlığı, işyerinden kaçma (işe geç gelme, gitmemek ya da sıklaşan hastalık izinleri), alışılmadık korkular gibi semptomlar görülebilir.^[4] Duygusal tacize maruz kalan çalışanın veya birimin performansının düşmesi, işgücü devri, getirdiği ekonomik maliyetler kuruma da zarar vermektedir. Kurumlarda işten ayrılmaların artmasına ve yeni personel arayışlarına neden olmaktadır. Duygusal tacize maruz kalan kişi işlevselliğini sürdürse bile, ağlama, zaman zaman uyku bozuklukları, alınganlık, konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlar görülebilir. Şiddetli depresyon, panik ataklar, kalp krizleri, diğer ciddi hastalıklar, kazalar, intihar girişimleri, kişilere yönelik şiddet gibi fiziksel veya psikolojik

semptomlar görülür. Ailesi ve arkadaşları ile ilişkileri etkilenir.^[6]

Sağlık ile ilgili ortaya çıkan olumsuzluklar, mağdurun ekonomik açıdan olumsuzluklar yaşamasına neden olacaktır. Mağdur, bozulan sağlığını yeniden kazanmak için doktor, ilaç, hastane masrafları ile de uğraşmak zorunda kalacaktır. Özellikle birey işten çıkarılma ya da çıkma gibi bir durum ile karşı karşıya ise, düzenli bir kazancı olmaması nedeniyle zor durumda kalacaktır. Sağlık için yapılan harcamaların yanında sigorta primleri, kazalar, iş arama, vb. gibi durumlar da ek maliyet getirecektir. Sonuç olarak, bu sürecin sonunda en fazla etkilenen birey (mağdur) ve kurum olmaktadır.^[7,8]

Bu çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin iş hayatında sık karşılaşılan fakat fark edilmeyen duygusal taciz davranışlarından etkilenme düzeyleri ve etkileyen faktörler araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini, 1 Temmuz-1 Ağustos 2008 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Özel Kent Hastanesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışan, 18 yaş ve üstü olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 162 hemşire oluşturdu. Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili hastanelerin yönetimlerinden ve anketlerin uygulanması için hemşirelerden izin alındı.

Araştırma verileri, ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu aracılığıyla toplandı.^[3,5,7,8] Anket formu iki bölümden oluşmaktaydı. İlk bölümde sosyo-domografik verilere ait özellikler (13 soru), ikinci bölümde Dilman^[9] tarafından geliştirilen Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği yer almaktaydı. Ölçeğin kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır.

İkinci bölümde aşağıdaki durumları sorgulayan sekiz soru bulunmaktaydı: duygusal taciz davranışlarına karşı tepkiler, yöneticiler ile paylaşma, yöneticilerin çözüm yolu, yöneticilerin çözüm yolunun tatmin etme düzeyi (4 soru); mesleği sürdürme tercihleri ve mesleki yaşamdan memnuniyet durumu (2 soru); başkasının duygusal tacize maruz kalmasına tanık

Tablo 1. Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği'nin soru sayısı, numaraları, puan düzeyleri^[9] ve hemşirelerin puanları (Ort.±SS)

	Soru sayısı	Soru numaraları	Puan aralığı	Puan düzeyi	Ort.±SS
Fiziksel	4	4, 5, 6, 23	4-20	Düşük 4-9 Orta 10-15 Yüksek 16-20	13.3±3.8
Psikolojik	10	2, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19	5-50	Düşük 10-26 Orta 27-33 Yüksek 34-50	33.2±7.6
Sosyal	12	1, 3, 7, 12, 13, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26	12-60	Düşük 12-32 Orta 33-53 Yüksek 54-60	40.3±8.2
Toplam	26		26-130	Düşük 26-60 Orta 61-95 Yüksek 96-130	78.9±20.3

olma durumu, tanık olunmuşsa ne yapıldığı (2 soru).^[10,11]

Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği, fiziksel (4 soru), psikolojik (10 soru), sosyal (12 soru) olmak üzere üç altboyuttan ve toplam 26 sorudan oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Toplam ve altboyut puan ortalamaları soru sayısına göre düşük, orta ve yüksek şeklinde sınıflandırılmıştır (Tablo 1).^[10]

Araştırma verileri SPSS 13.0 (for Windows) istatistiksel analiz programında, sayı, yüzde dağılımları, ki-kare testi, t-testi, ANOVA ve korelasyon testiyle değerlendirildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 29±5 idi ve %69.8'i 20-30 yaş grubundaydı. Hemşirelerin %47.5'inin evli ve %34'ünün çocuk sahibi olduğu; %58'inin lisans ve %14.2'sinin yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi. Gilmore'un^[12] çalışmasında hemşirelerin yaş ortalaması 27.8, yaş dağılımı 18-45 olarak bildirilirken; %42.3'ünün evli ve %28.9'unun çocuk sahibi olduğu; %46.3'ünün lisans ve lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin mevcut kurumlardaki görev süreleri ağırlıklı 1-5 yıl (%43.8) ve 6-10 yıl (%28.4) idi; %61.7'si 1-5 yıldır, %34.6'sı 6-10 yıldır yoğun bakımda çalışıyordu. Yoğun bakım servis hemşiresi olarak çalışanların oranı %88.3 idi. Hemşirelerin %24.7'si çalıştıkları

bölümden memnun, %38.9'u memnun değildi. İşyerindeki çalışma pozisyonlarına göre %32.7'si sözleşmeli, %67.3'ü kalıcı kadroydaydı. Haftalık çalışma süresi %33.3'ünde 40 saat, %64.2'sinde 40-60 saat, %2.5'inde 60-80 saat idi. Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde, %23.5'inin sürekli gece, %17.9'unun sürekli gündüz, %34'ünün gece-gündüz vardiyalı, %3.7'sinin hafta sonu ve nöbet, %21'inin gündüz ve bazen nöbet çalıştıkları, %49.4'ünün bu çalışma şekillerinden memnun olmadığı görüldü. Hemşirelerin büyük bir kesiminin çalışma şartlarından memnun olmadığı görülmektedir. Nöbetler, yoğun ve yorucu çalışma temposunun olması hemşirelerin çalışma şartlarını zorlaştırmakta, mesleki memnuniyet düzeylerini olumsuz etkilemektedir.^[6]

Hemşirelerin duygusal taciz ile ilgili bilgilendirme durumları incelendiğinde, %21.6'sının bilgi aldığı (%19.1'i okuldan, %2.5'i hastaneden) görülmüştür.

Hemşirelerin %71'inin (n=115) meslek yaşantısı içinde duygusal tacize maruz kaldığı; bu kişilerin %82.1'inin bunu ilgili yerlere bildirmedikleri belirlenmiştir. İlgili çalışmalarda, sağlık hizmetlerinde çalışan arasında en fazla hemşirelerin duygusal tacize maruz kaldıkları ve bu durumun sıklığının %40-95 arasında değiştiği bildirilmiştir.^[13,14]

Çalışmamızda, Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği'nin altboyut puanları fiziksel yönden etkilenme için düşük düzeyde

Tablo 2. Duygusal tacize maruz kalanların verdikleri tepkiler (n=115)

Tepki	Sayı	Yüzde
Sessiz kaldım. Herhangi bir girişimde bulunmadım.	70	60.9
Ailemle paylaştım.	40	34.8
Arkadaşlarımla paylaştım.	96	83.5
Yöneticilerimle paylaştım.	20	17.4
Maruz kaldığım davranışı, ilgili kişi ile konuşarak çözmeye çalıştım.	60	52.2
Bu tür davranışlarını sürdürmemesi konusunda onu tehdit ettim.	–	–
Yazılı olarak yasal işlemin başlatılması için başvurudum.	2	1.7
Danışmanlık hizmeti aldım.	–	–
Psikolog/psikiyatristten yardım aldım.	10	8.7
Mesleki derneğime şikayet ettim.	15	9.6
Kurum içinde görev yerimin değiştirilmesini istedim.	20	17.4
Kurumdan ayrılmayı düşündüm.	45	39.1
Meslekten ayrılmayı düşündüm.	65	56.5
Daha planlı ve daha çok çalışmaya özen gösterdim.	38	33.0
Göze batmamaya/dikkat çekmemeye özen gösterdim.	26	22.6

(13.3±3.8), psikolojik yönden etkilenme için yüksek düzeyde (33.2±7.6), sosyal yönden etkilenme için orta düzeyde (40.3±8.2) bulunurken, toplam puan ortalaması orta düzeyde (78.9±20.3) bulundu (Tablo 1). Laçiner^[15] duygusal tacize maruz kalanlar ile kalmayanlar arasında iş memnuniyeti, anksiyete, depresyon ve işe bağlı stres düzeyleri bakımından farklılıklar olduğunu bildirmiştir. Sdrinis^[16] mağdurların %81.7'sinin sağlıklarının etkilenmediğini; bunların sinirlilik, tedirginlik, işi bırakmayı düşünme, depresyon ve uyku sorunları yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmamızda, duygusal tacize maruz kalanların verdikleri tepkiler incelendiğinde, %83.5'inin bu durumu arkadaşlarıyla paylaştığı, %60.9'unun sessiz kalıp herhangi bir girişimde bulunmadığı, %56.5'inin meslekten ayrılmayı düşündüğü görülmüştür (Tablo 2). Başka çalışmalarda da, duygusal tacize maruz kalanların gösterdikleri en yaygın tepkinin arkadaşlar ile paylaşma olduğu bildirilmiştir.^[16] Öztunç^[10] da duygusal tacize maruz kalan hemşirelerin en yaygın davranışının bu durumu arkadaşlarıyla paylaşmak olduğunu gözlemiştir. Jackson ve ark.^[17] pek çok hemşirenin duygusal taciz mağduru olduğunu, bunların ancak %6'sının resmi şikayette bulunduğunu, diğerlerinin ise maruz kalmanın bir özelliği olarak sessiz kalmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Duygusal tacize maruz kalanlara yöneticilerin yaklaşımları incelendiğinde, yöneticilerin %46.9'unun çözüm önerilerinde bulunduğu, ancak bu önerilerin %63.6'sının hemşireler tarafından tatmin edici çözümler olarak kabul edilmediği görülmüştür. Duygusal tacize maruz kalan hemşirelerin, işle ilgili seçim fırsatı olsaydı, %56.5'inin hemşireliği bırakıp başka bir işte çalışmaya devam edeceği, %39.1'inin kurumunu değiştirip hemşirelik yapmaya devam edeceği, %16'sının ise emekli olup hiçbir işte çalışmayacağı öğrenildi. Duygusal tacize maruz kalmayanlarda da, "hemşireliği bırakır ve başka bir meslekte çalışırdım" şeklindeki yanıtlar da dikkat çekicidir. Hemşirelik ile ilgili yapılan araştırmaların, özellikle hemşireleri meslekten ayrılmaya karar verdiren durumlar üzerinde yoğunlaştığı dikkat çekmektedir.

Hemşirelerin %74.1'inin kurumda meslektaşlarına ya da bir başkasına yapılan duygusal taciz davranışlarına şahit olduğu; bu durum karşısında da %46.9'unun tepkisiz kaldığı, %24.1'inin duygusal tacize maruz kalan kişiye destek olduğu, %3.1'inin ise olayı sorumlu kişiye bildirdiği saptanmıştır. McPhaul ve Lipscomb^[4] hemşirelerin %76'sının, Bilgel ve ark.^[18] %47'sinin, Randle^[2] %50'sinin, Khorshid ve Akın^[14] %47'sinin meslektaşlarının ya da bir başkasının duygusal tacize maruz kalışlarına tanık olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Duygusal tacize maruz kalanlarda etkilenme şekilleri (n=115)*

Etkilenme şekli	Sayı	Yüzde	X	SS	r
Kişisel bütünlüğümün bozulduğunu düşündüm.	102	88.7	3.45	1.14	0.47
Kendimi yalnız hissettim.	95	82.6	3.85	1.12	0.20
Durup dururken, sessiz yere ağladım.	108	93.9	2.91	1.43	0.48
Mide-bağırsak sorunlarım var.	56	48.7	3.03	1.29	0.34
Sırt, kas, baş ağrıları çekiyorum.	74	64.4	3.03	1.26	0.35
Kalp çarpıntılarım, göğüs ağrım oluyor.	54	50.0	2.80	1.36	0.37
İşe gitmek istemiyorum.	94	81.7	3.70	1.14	0.13
Nedensiz ve alışılmadık korkular yaşıyorum.	49	42.6	2.64	1.29	0.40
Kendimi mutsuz hissediyorum.	82	71.3	3.36	1.14	0.29
Aniden paniğe kapılıyorum ve ne yapacağımı bilemiyorum.	81	70.4	3.01	1.29	0.38
Bazen yaşamın anlamsız olduğunu düşünüyorum.	48	41.7	3.53	1.32	0.24
İşlerimi yapamıyorum.	29	25.2	3.06	1.32	0.40
Bir topluluğa ve sosyal gruba katılmakta güçlük çekiyorum.	76	66.1	3.30	1.50	0.26
İnsanlarla iletişim kurmaktan ya da karşılaşmaktan korkmaya başladım.	79	68.7	3.10	1.34	0.32
Sinirli ve öfkeli olmaya başladım.	44	38.3	2.93	1.25	0.34
Cesaretimin kırıldığını hissediyorum.	65	56.5	2.81	1.28	0.29
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum.	62	53.9	3.36	1.29	0.07
Hayal kırıklıkları yaşıyorum.	56	48.7	2.92	1.25	0.30
Her gün işe giderken kendimi savaşa gidiyor gibi hissediyorum.	41	35.7	3.16	1.41	0.11
Kimseye güvenemiyorum.	86	74.8	3.31	1.34	0.30
Özel hayatım olumsuz etkileniyor.	98	85.2	3.24	1.04	0.20
Kendimi artık tanıyamaz hale geldim.	33	28.7	2.53	1.34	0.32
Uykuya dalmakta/uyumakta zorluk çekiyorum.	53	46.1	2.61	1.28	0.13
Kendimi işe yaramaz, değersiz, yeteneksiz hissediyorum.	87	75.7	3.01	1.44	0.15
İşimde sürekli olarak hata yapıyorum.	59	51.3	1.93	1.14	0.26
Kendimi işyerinde günah keçisi olarak görüyorum.	76	66.1	2.20	1.28	0.16

*Bazı durumlar için birden çok yanıt verilmiştir.

Duygusal tacize maruz kalanlarda etkilenme düzeyleri incelendiğinde, %88.7'sinin kişisel bütünlüğünün bozulduğunu düşündüğü; %85.2'sinin özel hayatının olumsuz etkilendiği; %71.3'ünün kendini mutsuz hissettiği; %70.4'ünün aniden paniğe kapılıp ne yapacağını bilemediği görülmüştür (Tablo 3).

Yaş grubu ile Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği'nin altgruplarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal (p=0.01) ve fiziksel (p=0.00) yönden anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4). Yaş grubu açısından, 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin duygusal tacizden sosyal ve fiziksel yönden daha fazla etkilendiği görülmektedir.

McKenna ve ark.^[19] işyerlerindeki duygusal tacizin tükenmişlik üzerine etkilerini elektronik posta ile bir anket çalışmasıyla değerlendirmişler, duygusal tacize maruz kalanların ağırlıklı 26-32 yaş grubunda olduğunu belirtmişlerdir. Leiper^[20] öğretim elemanlarının duygusal tacize ilişkin görüş ve deneyimlerini araştırmış ve 25 yaş altındaki mağdurlarda uyku sorunları yaşama ve fiziksel sıkıntılarının varlığını vurgulamıştır. Dilman^[9] fiziksel yönden etkilenme puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark olduğunu, 25 yaş altı olguların fiziksel yönden etkilenme puanlarının, 25-30 yaş ve 31 yaş üzeri olgulardan anlamlı düzeyde düşük olduğunu saptamıştır. Psikolojik yönden ve sosyal yönden

Tablo 4. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği'nin altboyutlarıyla ilişkisi (n=162)

	Sayı	Yüzde	Duygusal tacizden etkilenme düzeyleri								
			Sosyal			Fiziksel			Psikolojik		
			X	SS	p	X	SS	p	X	SS	p
Yaş grubu											
20-30	113	69.8	3.25	0.69	t=8.68	3.05	0.93	t=37.49	3.27	0.78	t=1.07
31-41	49	30.3	3.59	0.61	p=0.01	3.94	0.62	p=0.00	3.41	0.71	p=0.30
Medeni durum											
Evli	77	47.5	3.35	0.71	t=0.74	3.36	0.99	t=0.93	3.27	0.75	t=0.31
Bekar	85	52.5	3.36	0.66	p=0.98	3.28	0.90	p=0.61	3.36	0.77	p=0.41
Eğitim durumu											
Lise	31	19.1	3.22	0.20		2.93	0.39		3.47	0.31	
Önlisans	14	8.6	2.94	0.24	F=3.73	2.68	0.40	F=5.84	2.81	0.36	F=3.96
Lisans	94	58.0	3.49	0.82	p=0.01	3.43	1.09	p=0.00	3.40	0.90	p=0.01
Yüksek lisans	23	14.2	3.22	0.47		3.83	0.61		3.32	0.60	
Yoğun bakımda çalışma yılı											
1-5	100	61.7	3.24	0.64	F=10.21	3.01	0.87	F=30.28	3.25	0.72	F=5.63
6-10	56	34.6	3.52	0.62	p=0.00	3.98	0.62	p=0.00	3.53	0.77	p=0.01
11-20	6	3.7	2.58	0.86		2.37	1.27		2.58	0.74	
İşyerindeki pozisyonu											
Başhemşire	3	1.9	3.25	0.28	F=5.67	3.08	0.28	F=16.89	3.66	0.20	F=7.01
Sorumlu hemşire	16	9.9	3.20	0.20	p=0.00	2.89	0.43	p=0.02	3.50	0.26	p=0.00
Yoğun bakım hemşiresi	143	88.3	3.37	0.72		3.37	0.98		3.29	0.80	
Çalışma şekli											
Sürekli gece	38	23.5	3.58	0.72		3.77	0.91		3.57	0.81	
Sürekli gündüz	29	17.9	3.53	0.73		3.55	0.78		3.39	0.82	
Gece-gündüz vardiyalı	55	34.0	3.15	0.49	F=3.03	3.06	0.82	F=4.73	3.13	0.56	F=1.99
Haftasonu ve nöbet	6	3.7	3.08	0.32	p=0.02	2.79	0.56	p=0.01	3.32	0.71	p=0.09
Gündüz ve bazen nöbet	34	21.0	3.35	0.81		3.15	1.15		3.28	0.89	
Çalışma saati											
40	54	33.3	3.36	0.65	F=1.02	3.40	0.82	F=1.97	3.30	0.75	F=1.53
40-60	104	64.2	3.37	0.71	p=0.36	3.31	1.01	p=0.15	3.35	0.76	p=0.22
60-80	4	2.5	2.87	0.37		2.43	0.68		2.68	0.87	
Duygusal tacize maruz kalma durumu											
Evet	115	71.0	3.36	0.62	t=10.85	3.28	0.92	t=1.75	3.29	0.75	t=0.50
Hayır	47	29.0	3.33	0.82	p=0.01	3.43	0.99	p=0.18	3.38	0.79	p=0.48

etkilenme puanları açısından ise bu yaş grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Eğitim durumu ise, ölçeğin tüm altgrupları puan ortalamaları ile anlamlı ilişki göstermiştir (sosyal, p=0.01; fiziksel, p=0.00; psikolojik,

p=0.01) (Tablo 4). Lisans mezunu hemşireler sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan duygusal tacizden daha fazla etkilenmektedir. Aynı anlamlı ilişki, yoğun bakımda çalışma yılı ve işyerindeki pozisyon ile de görülmüştür (Tablo 4). Bu bulgular, 1-5 yıldır çalışan hem-

şirelerin ve yoğun bakım servis hemşirelerinin sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan duygusal tacizden daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Çalışma şekli, sosyal ($p=0.02$) ve fiziksel ($p=0.01$) altboyutla anlamlı ilişki göstermiştir. Gece-gündüz vardiyalı çalışan hemşireler sosyal ve fiziksel açıdan duygusal tacizden daha fazla etkilenebilmektedir. Duygusal tacize maruz kalma durumu ise sadece sosyal ($p=0.01$) altboyutla anlamlı ilişki göstermiştir.

Tutar^[21] duygusal taciz davranışlarının mağdurların örgütsel ve özel yaşam düzenini olumsuz etkilediğini, duygusal tacizin neden olduğu stresin psikosomatik rahatsızlıklara neden olduğunu bildirmiştir. Namie^[22] mağdurların %25'inin çok gergin olduklarını; Chappel ve Martino^[23] uykusuzluk, endişe, stres içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Özdevecioğlu^[24] mağdurlarda tansiyon ve uyku bozukluğu ve nedensiz kaygılar geliştiğini; Bilgel ve ark.^[18] endişeli, gergin, iş yapmak istemeyen hale geldiklerini vurgulamışlardır. Quine^[25] duygusal tacize maruz kalan hemşirelerin dörtte birinin sağlıklarının etkilendiğini bildirmiş; bu kişilerin kendilerini kötü ve depresyonda, istenilmeyen ve değersizmiş gibi hissettiklerini, uyku zorluğu çektiklerini belirtmiştir.

Causon^[6] duygusal tacize maruz kalanların genellikle zayıf psikolojik sağlık durumu ile iş tatminsizliği yaşadıklarını ve uzun süreli hastalık geçirenlerin üçte birinin meslektan ayrıldığını bildirmiştir. Devocioğlu'nun^[26] Kayseri'de kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada, saldırgan davranışlara maruz kalanlarda iş tatmini ve motivasyon düzeylerinin düştüğü, stres düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca, mağdurlarda uyku bozuklukları, nedeni belirsiz kaygılar ve tansiyon sorunları görülmüştür. Başka bir çalışmada, hemşireler, duygusal taciz davranışlarına karşı moral bozukluğu, savunmasız olduğu duygusuna kapılma ve işe karşı olumsuz tutumlar ifade etmişlerdir; bunlara, bilinç yitimi, endişe, uyku bozuklukları, bulantı, baş ağrıları, kilo kaybı, bozulan iş performansı ve depresyon eşlik etmiştir.^[27]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, hemşirelerin Duygusal Tacizden Etkilenme Ölçeği'nde fiziksel altboyutta düşük düzeyde, psikolojik altboyutta yük-

sek düzeyde, sosyal altboyutta orta düzeyde, toplam puan ortalamasına göre ise orta düzeyde etkilendiklerini göstermektedir. Yaş grubu, eğitim durumu, yoğun bakımda çalışma yılı, işyerindeki pozisyonu, çalışma şekli gibi değişkenler duygusal tacizden etkilenme düzeyini etkilememektedir. Duygusal tacize maruz kalan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%88.7) kişisel bütünlüğünün bozulduğunu düşündüğü, %60.9'unun ise duygusal taciz davranışı karşısında sessiz kaldığı saptanmıştır.

Duygusal taciz gibi olumsuz davranışların, iş yaşamı ve çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlıkları üzerinde daha ağır etkileri oluşmadan, hem bireysel hem de kurumsal bir bilinçlenme ile bu durumun önüne geçilmeli ve daha sağlıklı çalışma ortamları yaratılmalıdır. Duygusal taciz ile başa çıkmak için yoğun bakım hemşireleri öncelikle güçlü ve cesur olmalı, kendi hakkını aramalı, özgüvenini yüksek tutmalıdır. Duygusal taciz uygulayana karşı güçlü olabilmek için başa çıkma yolları geliştirilmeli ve başa çıkmanın güçleştiği durumlarda ise profesyonel destek alınmalıdır. Alınan bütün önlemlere ya da başa çıkma yollarının öğrenilmesine rağmen duygusal taciz davranışlarının sürdürülmesi durumunda yasal uygulamalara başvurulmalıdır.^[31]

KAYNAKLAR

1. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work And Organizational Psychology* 1996;5:165-84.
2. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs* 2003;43:395-401.
3. Lehane M. Stand up to bullies. *Nurs Stand* 2005;19:28-9.
4. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 2004;9:7.
5. Varney J. Attacks on NHS Staff AT "Shocking High" Levels. *Nurs Stand* 2007;21:9.
6. Causon J. Pressure is no excuse. *Nurs Stand* 2007;21:64.
7. Withheld N. Nurse against nurse. *Nursing* 2005;35:8.
8. Hecker TE. Workplace mobbing: a discussion for librarians. *The Journal of Academic Librarianship* 2007;33:439-45.
9. Dilman T. Hastanelerde çalışan hemşirelerin duygusal tacize maruz kalma durumlarının belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
10. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi.

- Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5:1-9.
11. Fitzpatrick M. Doctoring the risk society: choice. *Lancet* 2004;363:668.
 12. Gilmore J. Violence in the workplace. *Nephrol Nurs J* 2006;33:254-5.
 13. Crawford N. Bullying at work: a psychoanalytic perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 1997;7:219-25.
 14. Khorshid L, Akın E. Hemşirelikte meslektaş şiddeti. *Hastane Yönetimi* 2006;2:14-8.
 15. Laçiner V. Mobbing (İşyerinde psikolojik taciz). *The Journal of Turkish Weekly (İnternet Dergisi)* 4.4.2006.
 16. Sdrinis J. Countering violence against nurses. *Australian Nursing Journal* November 2005;13.
 17. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag* 2002;10:13-20.
 18. Bilgel N, Aytaç S, Bayram N. Bullying in Turkish white-collar workers. *Occup Med* 2006;56:226-31.
 19. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:56-63.
 20. Leiper J. Nurse against nurse: how to stop horizontal violence. *Nursing* 2005;35:44-5.
 21. Tutar H. İşyerinde psikolojik şiddet. 3. baskı. Ankara: BRC Basım Mat.; 2004.
 22. Namie G. Workplace bullying: escalated incivility. *Ivey Business Journal* 2003;68:1-6.
 23. Chappell D, Di Martino V. *Violence At Work*. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006. Available from: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2006/106B09_110_engl.pdf.
 24. Özdevecioğlu M. Organizasyonlarda saldırgan davranışlar ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2003; 22:121-50.
 25. Quine L. Workplace bullying in nurses. *J Health Psychol* 2001;6:73-84.
 26. Devecioğlu A. Organizasyonlarda saldırgan davranışlar ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi yönelik bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2006;25:1-12.
 27. Dunn K. Bullying in the workplace often goes unnoticed. April, 2000. [Available from] http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FXS/is_4_79/ai_62324220.
 28. Çobanoğlu Ş. Mobbing, işyerinde duygusal saldırı ve mücadele yöntemleri. İstanbul: Timaş Yayınları; 2005.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı

Ethical Sensitivity of Physicians and Nurses in Intensive Care Units

Havva ÖZTÜRK, Sevilay HİNTİSTAN, Süheyla KASIM, Bahar CANDAS

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):77-84

Amaç: Çalışma, yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Trabzon'daki bir üniversite hastanesi, üç devlet hastanesi ve bir özel hastanenin YBÜ'lerinde çalışan toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, kişisel bilgi formu ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Ölçek puan ortalamaları, hekimler ve hemşirelerin genel toplamda (3.0), otonomi (2.7), yarar sağlama (3.3), bütüncü yaklaşım (2.5), uygulama (3.1) ve oryantasyon (2.4) altboyutlarında etik duyarlılık gösterdiğini; ancak, çatışma (4.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğünü gösterdi. Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde, hemşirelerde ve tüm grupta yarar sağlama boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulundu (sırasıyla, $p=0.017$, $p=0.016$ ve $p=0.001$). Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde bütüncü yaklaşım ($p=0.025$) ve oryantasyon ($p=0.029$) altboyutlarında, hemşirelerde ise çatışma boyutu ($p=0.045$) ve genel toplamda ($p=0.028$) etik duyarlılık daha düşük düzeydeydi.

Sonuç: Tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Etik, profesyonel; etik, hemşirelik; yoğun bakım ünitesi; anket.

Objectives: The study was designed to determine the sensitivity of physicians and nurses regarding ethical dilemmas experienced during patient care delivery in intensive care units (ICU).

Materials and Methods: The study included a total of 41 physicians and 130 nurses working in the ICUs of a university hospital, three state hospitals, and a private hospital in Trabzon. Data were collected using an information form and the Moral Sensitivity Questionnaire.

Results: The mean scores of the questionnaire showed that ICU physicians and nurses had ethical sensitivity with an overall score of 3.0, and in the dimensions of autonomy (2.7), benevolence (3.3), respect for integrity (2.5), practice (3.1), and orientation (2.4), but their ethical sensitivity decreased in experiencing conflict (4.4). Compared to other hospitals, ethical sensitivity for benevolence was lower in physicians, nurses, and in the overall group working in the ICU of the university hospital ($p=0.017$, $p=0.016$, $p=0.001$, respectively). In addition, university ICU physicians exhibited lower ethical sensitivity regarding integrity ($p=0.025$) and orientation ($p=0.029$) dimensions, and university ICU nurses showed lower ethical sensitivity in the conflict dimension ($p=0.045$) and total moral sensitivity ($p=0.028$).

Conclusion: Physicians and nurses working in the ICU of all the hospitals show ethical sensitivity, but experience conflicts during decision making or approach to the patients. Moreover, ethical sensitivity for benevolence was found lower in the ICU of the university hospital.

Key Words: Ethics, professional; ethics, nursing; intensive care units; questionnaires.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık profesyonelleri, tüm sağlık hizmet alanlarında ve özellikle yoğun bakım ya da reanimasyon birimlerinde etik ikilemleri daha yoğun şekilde yaşamaktadırlar. Bu birimlerde aydınlatılmış onam, karar verme sorumluluğu, kaynakların eşit paylaşılması, yarar sağlama ya da zarar vermeme ilkelerinin ihlal edilmesine yönelik etik ikilemler ve çatışmalar en sık yaşanan sorunlardır.^[1]

Literatür ve araştırmalar incelendiğinde, hekim ve hemşirelerin, yaşamı devam ettirme tedavisinin sağlanması ya da geri çekilmesi, resüsitasyon "yapma" istemleri, suni hidrasyon ve besleme ile ilgili kararlar, organ transplantasyonu, beyin ölümü, ötenazi ve yaşamın sonu ile ilgili kararlar, bakım ve tedavi için yeterli kaynak bulunmaması, bireye saygı eksikliği, bilgilendirilmiş onam eksikliği konularında etik ikilemler yaşadıkları belirtilmektedir.^[2-16] Oysa, bu ikilemler karşısında sağlık profesyoneli olan hekim ve hemşireler bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorundadır ve bu nedenle de karar verme durumunda kalmaktadırlar.^[17,18] Ancak, etik karar verme etik duyarlılığın gelişimi ile ilişkilidir. Ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olan duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması/hissedilmesi olarak algılanmaktadır. Önem verme ile yakından ilişkilidir. Etik sorunu saptama yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamadır. Etik duyarlılık tüm birimlerde olduğu gibi, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma veya bir etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmektir.^[1]

Bu araştırma, YBÜ'lerde sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, YBÜ'leri bulunan Trabzon'daki üniversite hastanesinden ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı üç devlet hastanesinden ve bir özel hastaneden yazılı izin alındıktan sonra gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan 29 hekim, 87 hemşire; devlet hastaneleri YBÜ'lerinde çalışan 30 hekim,

77 hemşire; özel hastane YBÜ'sünde çalışan 8 hekim ve 17 hemşire, toplam 67 hekim ve 181 hemşire oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Sonuçta araştırma, üniversite hastanesinden 20 hekim, 67 hemşire; devlet hastanelerinden 16 hekim, 46 hemşire; özel hastaneden 5 hekim ve 17 hemşirenin gönüllü katılımıyla, toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmanın yalnızca YBÜ'lerde yürütülmesi ve bu ünitelerde çalışan hekim ve hemşirelerin görüşlerini içermesi çalışmanın bir sınırlılığıdır.

Veriler, sekiz demografik özellik, dört hastane, dört meslek ve etik ile ilgili toplam 16 sorudan oluşan bilgi formu, 30 maddelik Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

Ahlaki Duyarlılık Ölçeği, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç'te 1994 yılında geliştirilmiş, 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 30 maddeden ve altı altboyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon) oluşmaktadır. Üç madde (3, 23, 26. maddeler) herhangi bir boyut altında yer almamıştır. Likert tipte 1 ile 7 arasında puanlamanın yapıldığı ölçekte, "1 puan" tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, "7 puan" hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir.^[1] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri genel toplamda 0.80, hekimler için 0.71 ve hemşireler için 0.81'dir.

(i) Otonomi altboyutu, "Hastanın bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım." ifadelerinden oluşmaktadır.

(ii) Yarar sağlama altboyutu, "Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anla-

mı olmadığını hissederim. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum." ifadelerini kapsamaktadır.

(iii) Bütüncü yaklaşım altboyutu, "Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum." ifadelerini içermektedir.

(iv) Çatışma altboyutu, "Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım." ifadelerinden oluşmaktadır.

(v) Uygulama altboyutu, "Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım. Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda, teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim." ifadelerini kapsamaktadır.

(vi) Oryantasyon altboyutu, "İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım." ifadelerini kapsamaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzdelik, ortalama değerler ve Kolmogorov-Smirnov,

Mann-Whitney U, t-testi, Kruskal-Wallis, ANOVA ve Tukey HSD, korelasyon, Cronbach alfa testleri kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların %76'sı hemşire ve %24'ü hekimdi. Hekim ve hemşire grubunun demografik, sosyal ve mesleki özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Ünitede yatan hastalarla ilgili karar alırken dikkat edilen unsurlara bakıldığında, hekimlerin %78.1'i (n=32), hemşirelerin %55.4'ü (n=72) hasta için en doğrusunu bilse bile, kararlara mutlaka hastanın/ailesinin katılımını sağladığını; hekimlerin %61'i (n=25), hemşirelerin %34.6'sı (n=45) her ne olursa olsun mutlaka girişim öncesi hastanın/ailesinin görüşünü aldığını; ancak bu üniteye sürekli acil durumlara karşılaşıldığı için, hekimlerin %24.4'ü (n=10), hemşirelerin %44.6'sı (n=58) karar alımında hastanın katılımını sağlamada güçlük yaşadığını ve katılımı sağlayamadığını belirtmiştir.

Sağlık bakım uygulamalarında etik/ahlaki duyarlılık değerlendirildiğinde, tüm grubun (hekim+hemşire) genel toplamda (3.0±0.7), altboyutlarda başta yarar sağlama (3.3±1.0) olmak üzere uygulama (3.1±1.1) ve oryantasyon (2.4±1.1), otonomi (2.7±1.0), bütüncü yaklaşım (2.5±1.0) alanlarında etik duyarlılık gösterdiği; ancak, çatışma (4.4±1.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğü ya da azaldığı görüldü. Bu bulgular hekimler ve hemşireler ayrı ayrı değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar gösterdi (Tablo 2).

Etik duyarlılık düzeyinin hastanelere göre karşılaştırılması Tablo 3'te gösterildi. Devlet, üniversite ve özel hastane YBÜ'lerinde çalışan hekimler arasında yarar sağlama (p=0.017), bütüncü yaklaşım (p=0.025) ve oryantasyon (p=0.029) altboyutlarında anlamlı fark saptandı. Bu fark yarar sağlama boyutunda özel hastaneye göre üniversite hastanesinin (p=0.013), bütüncü yaklaşım boyutunda devlet hastanelerine göre üniversite hastanesinin (p=0.02), oryantasyon boyutunda kamu hastanelerine göre özel hastanenin (p=0.029) yoğun bakımları aleyhine idi.

Devlet, üniversite ve özel hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hemşireler arasında ise yarar sağlama (p=0.016) ve çatışma (p=0.045) altboyutlarında ve genel toplamda (p=0.028)

Tablo 1. Hekimlerin ve hemşirelerin demografik, sosyal ve mesleki özellikleri

		Hekim (n=41)			Hemşire (n=130)		
		Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Yaş				34.5±6.9			28.9±5.4
Deneyim yılı	Mesleki			9.9±7.4			7.3±5.6
	Yoğun bakım			3.7±4.0			3.9±4.2
Cinsiyet	Erkek	28	68.3		1	0.8	
	Kadın	13	31.7		129	99.2	
Medeni durum	Evli	28	68.3		76	58.5	
	Bekar	13	31.7		54	41.5	
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	-			32	24.6	
	Ön lisans	-			44	33.9	
	Lisans/Lisansüstü	41	100.0		54	41.5	
Hastane	Üniversite hastanesi	20	48.8		67	51.5	
	Devlet hastanesi	16	39.0		46	35.4	
	Özel hastane	5	12.2		17	13.1	
Yoğun bakım ünitesi	Cerrahi	15	36.6		42	32.3	
	Dahili	9	22.0		41	31.5	
	Çocuk/Yenidoğan	12	29.3		47	36.2	
	Yanıtsız	5	12.2		-		
Mesleği sevme	Seviyor	34	82.9		114	87.7	
	Sevmiyor	5	12.2		16	12.3	
	Yanıtsız	2	4.9		-		
Etik/Deontoloji eğitimi alma	Eğitim almış	17	41.7		52	40.0	
	Eğitim almamış	12	29.3		49	37.7	
	Yanıtsız	12	29.3		29	22.3	
Mesleki ahlak/etik toplantısına katılma	Katılmış	17	41.7		58	44.6	
	Katılmamış	12	29.3		45	34.6	
	Yanıtsız	12	29.3		27	20.8	
Kurumda etik komitenin varlığını bilme	Var	12	29.3		25	19.2	
	Yok	3	7.3		29	22.3	
	Bilgisi yok	14	34.2		46	35.4	
	Yanıtsız	12	29.3		30	23.1	

anlamli fark vardı (Tablo 3). Bu fark, yarar sağlama boyutunda devlet hastanesine göre üniversite hastanesinin ($p=0.049$), çatışma boyutu ($p=0.045$) ve genel toplamda ($p=0.028$) diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Tüm grup açısından ise, devlet, üniversite ve özel hastane yoğun bakımları arasında yarar sağlama ($p=0.001$) ve çatışma ($p=0.012$) altboyutlarında anlamlı fark görüldü (Tablo 3). Bu fark, her iki altboyutta diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Bu bulgular çatışma boyutu hariç tüm altboyutlarda ve genel toplamda YBÜ'lerde etik duyarlılığın var olduğunu göstermiştir. Ancak, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hekimler, hemşireler ve tüm grup (hekim+hemşire) için yarar sağlama altboyutunda ünitelerindeki etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, hekimlerde bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerde çatışma boyutu ve genel toplamda üniversite hastanesi yoğun bakımlarında etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun

Tablo 2. Hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun Ahlaki Duyarlılık Ölçeği puan ortalamaları

Altboyutlar	Hekim (n=41)	Hemşire (n=130)	Tüm grup (n=171)
F1 (Otonomi)	3.0±0.8	2.7±1.0	2.7±1.0
F2 (Yarar sağlama)	3.1±1.0	3.4±1.1	3.3±1.0
F3 (Bütüncü yaklaşım)	2.4±1.0	2.6±1.0	2.5±1.0
F4 (Çatışma)	4.1±1.1	4.4±1.4	4.4±1.4
F5 (Uygulama)	2.9±0.9	3.1±1.1	3.1±1.1
F6 (Oryantasyon)	2.3±1.2	2.5±1.1	2.4±1.1
Toplam	3.0±0.6	3.0±0.7	3.0±0.7

yanı sıra tüm grupta çatışma boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerde oryantasyon boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir.

Demografik özellikler ile etik duyarlılık boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, hekimlerin medeni durumu ($t=-2.08$, $p=0.044$)

ve cinsiyetleri ($t=-2.74$, $p=0.009$) ile yarar sağlama boyutu arasında anlamlı ilişki görüldü. Bu ilişki, bekar ve kadın hekimlerin yarar sağlama boyutunda daha az etik duyarlılık gösterdiği şeklindeydi. Hekimlerin çalıştıkları ünite ile çatışma boyutu arasında da anlamlı ilişki saptandı (χ^2 K-W=8.891, $p=0.012$). Çocuk/yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin çatışma boyutundaki etik duyarlılıklarının biraz daha düşük olduğu görüldü.

Ayrıca hekimlerin yaşı ($r=-0.432$, $p=0.006$), mesleki deneyimi ($r=-0.515$, $p=0.001$) ve ünitedeki çalışma yılı ($r=-0.341$, $p=0.031$) ile yarar sağlama boyutu puanı arasında negatif yönde, orta düzeyde ya da orta düzeye yakın bir ilişki saptandı. Bu ilişki hekimlerin yaşı, mesleki deneyim ve ünitedeki çalışma yılı arttıkça yarar sağlama boyutunda etik duyarlılıklarının arttığını göstermiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile otonomi boyutu arasında (χ^2 K-W=6.274, $p=0.043$), mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılma durumu ile oryantasyon boyutu ara-

Tablo 3. Hastanelere göre hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun etik duyarlılık puan ortalamaları

	Sayı	Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncü yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam	
		(Ort. sıra)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	
Hekim (n=41)	Hastaneler								
	Devlet	16	21.4	3.0±0.8	2.1±1.1	3.8±1.1	20.4	22.6	22.8
	Üniversite	20	18.8	3.4±0.9	2.0±0.6	4.5±1.0	21.8	16.9	19.5
	Özel	5	30.8	2.1±0.7	2.6±0.9	3.1±1.1	19.8	32.2	21.5
	F			4.509	4.070	1.59			
	χ^2 K-W		4.472				0.166	7.09	0.689
p		0.107	0.017	0.025	0.216	0.92	0.029	0.705	
Hemşire (n=130)	Hastaneler								
	Devlet	46	67.6	3.1±0.9	63.8	60.0	64.0	64.7	61.8
	Üniversite	67	68.9	3.6±1.1	68.9	73.0	66.4	65.1	72.8
	Özel	17	46.5	3.0±0.9	56.7	50.9	66.0	69.4	46.9
	F			4.259					
	χ^2 K-W		5.05		1.55	6.20	0.120	0.210	7.146
p		0.08	0.016	0.459	0.045	0.942	0.90	0.028	
Tüm grup (n=171)	Hastaneler								
	Devlet	62	89.1	78.2	90.4	77.3	83.9	86.7	84.1
	Üniversite	87	86.6	98.5	84.8	96.7	87.7	81.5	92.0
	Özel	22	75.0	58.8	78.5	68.4	85.4	102.1	67.6
	χ^2 K-W		1.349	13.77	1.042	8.803	0.213	3.075	4.423
	p		0.509	0.001	0.594	0.012	0.899	0.215	0.110

sında ($U=976.5$, $p=0.028$) anlamlı ilişki görüldü. Lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin otonomi boyutunda, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılmayan hemşirelerin oryantasyon boyutunda etik duyarlılıklarının biraz daha düşük düzeyde olduğu görüldü. Ayrıca, hemşirelerin yaşı ile otonomi ($r=0.244$, $p=0.005$) ve bütüncü yaklaşım ($r=0.297$, $p=0.001$) altboyutları, ünitelerdeki çalışma yılı ile bütüncü yaklaşım altboyutu ($r=0.189$, $p=0.032$) puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki saptandı. Bu ilişki hemşirelerin yaşı arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım, ünitelerdeki çalışma yılı arttıkça bütüncü yaklaşım boyutlarında etik duyarlılıklarının azaldığını göstermektedir.

TARTIŞMA

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalara sağladığı yaşamsal destek nedeniyle sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan ve etik sorunlarla sık karşılaşılan ortamlardır.^[19,20] Bu ünitelerde çalışan sağlık personeli, bu etik sorun ve ikilemler karşısında karar verme durumundadır. Böyle bir durumda iyi bir karar verebilmek için, etik kuramların, profesyonel ve kişisel etiğin dikkate alınması, diğer kişilerin değer ve görüşlerine açık olunması gerekir.^[20]

Araştırma bulgularına göre, hekimlerin büyük bir çoğunluğu ve hemşirelerin yarısından fazlası, YBÜ'de yatan hastalarla ilgili karar alırken mutlaka hastanın/ailesinin kararlara katılımını sağlamaktadır. Bu doğru bir yaklaşımdır ve hastanın rızası ya da izninin alınması kapsamında hasta hakkıdır.^[21] Yaşam destek tedavilerinin kesilmesi konusunda İsviçre'de yapılan bir araştırmada, hekimlerin %25'i bu konuda karar verme yetkisinin yalnızca kendilerine ait olduğunu belirtirken, hastaların %50'si tedavinin kesilmesine yalnızca hastanın ve yakınlarının karar verebileceğini belirtmiştir.^[4] Bununla birlikte, hekimlerin çoğunluğu hasta karar veremeyecek durumda olduğunda kendilerini tam yetkili görürken, halkın %73'ü, hemşirelerin %70'i kararın hasta yakınları ve hekim ile birlikte verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.^[4]

Yoğun bakım hastaları genellikle kendi öz bakım ihtiyacını gidermede sıkıntıları olan, hekim ve hemşirelere daha fazla bağımlı olan hastalardır; dolayısıyla, daha fazla bakıma

gereksinimleri vardır. Bu nedenle, bakımla ilgili kararlar, ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların kişiyi nasıl etkileyeceğinin önceden düşünülmesini ve eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirir. Bu durum hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin ahlaki duyarlılık geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.^[22] Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin genel düzeyde ve başta yarar sağlama üzere otonomi, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği saptanmıştır. Yarar sağlama, tıbbi etiğin en önemli ilkelerindedir. Hekimlerin özellikle acil karar verme durumlarında hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı daha sık kullandığı belirtilmektedir.^[5] Bulgularda hekimlerin yaşı, mesleki deneyimi ve ünitelerdeki çalışma yılları arttıkça da yarar sağlama boyutunda daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Ancak, bekar ve kadın hekimlerin bu boyutta daha az etik duyarlılığa sahip olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise, hekimlerin medeni durumunun etik duyarlılıklarını etkilemediği; ancak, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre yarar sağlama boyutunda duyarlılıklarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.^[1] Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik ile ilgili yapılan bir çalışmada, bu ünitelerde tedavi amaçlı yöntemlerin daha invaziv hale gelmesinin hemşirelerin yarar sağlama ve zarar vermeme boyutlarında çatışma yaşamalarına neden olduğu ve hemşirelerin genellikle bu ilkeyi yerine getirmekte zorlandığı belirtilmiştir.^[16] Bunların yanı sıra üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yarar sağlama boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu, ayrıca hekimlerin bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerin çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde etik duyarlılığının daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Tosun^[1] da çalışmasında, devlet hastanesindeki hekimlerin üniversite hastanesinde çalışanlara göre etik duyarlılıklarının daha iyi olduğunu saptamıştır. Pekcan^[23] ise çalışmasında devlet, özel hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hekimlerde etik duyarlılığa ilişkin genel ve altboyutlarda fark saptamazken, hemşirelerin çatışma boyutunda sorun yaşadığını belirtmiştir.

Çatışma boyutunda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıkları incelendiğinde, duyarlılığın düştüğü, hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşandığı görülmekte-

dir. Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlardır. Bu nedenle, etik sorunların çözümüne yönelik uygun yaklaşımlar konusunda tüm sağlık çalışanlarının rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır. [13] Japonya'da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, YBÜ hemşirelerinin etik ikilemler yaşadığı, hasta ile ilgili kararların hastanın istekleri göz önüne alınmaksızın verildiği, bu durumun hastanın ölüyor olmasından ve zamanın sınırlı olmasından kaynaklandığı bildirilmiştir. [9] Böyle bir durumda hastanın yararına bir şeyler yapmanın zorlaştığı, buna bağlı olarak hemşirelerin stres düzeylerinin yükseldiği, yaşamı idame ettirici tedavi, hasta hakları ve otonomi konularında çatışma yaşandığı görülmektedir. [9] Enç'in [24] çalışmasında, koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda öncelikleri belirleyerek hemen karar veremedikleri ve verdikleri kararlarında gerekçelerini açıklayamadıkları belirtilmektedir. Azoulay ve ark.nın [11] çalışmasında da, bu ünitelerin hastanelerin en stresli yerlerinden biri olduğu ve yaşamı tehdit eden akut hastalığı olan hastaların genel sağlığını ve organ fonksiyonlarını yeniden düzenlemek için ünite çalışanlarının sık sık hızla ardışık çoklu tedavi kararları almak zorunda kaldığı ve bu nedenle çatışmalar yaşandığı açıklanmıştır. Austin ve ark. [12] da çocuk YBÜ'sünde yaptıkları çalışmada hemşirelerin karar almada sessiz kaldıklarını, güçsüzlük, üzüntü, kızgınlık ve düş kırıklığı hissettiklerini saptamıştır. Bulgularımızda da, çocuk ya da yenidoğan YBÜ'sünde çalışan hekimlerde çatışma boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşları arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım boyutlarında, çalışma yılları arttıkça yine bütüncü yaklaşım boyutunda etik duyarlılıkları azalmaktadır. Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde otonomi, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans ya da toplantılara katılmayan hemşirelerde ise oryantasyon boyutunda etik duyarlılık daha düşüktür. Pekcan [23] da yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanımının azaldığını, ancak bütüncü yaklaşımın arttığını belirtmiştir. Tosun [1] ise hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile etik duyarlılığın arttığını saptamıştır. Başak

ve ark. [18] da, yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının yaşla birlikte arttığını; ancak, etik duyarlılığın YBÜ'de çalışma süresi, öğrenim durumu ve mezuniyet öncesi ya da sonrası etik dersi alma ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Enç [24] de hemşirelerin deneyim yıllarının kritik durumlarda karar verme becerilerini etkilemediğini belirtmiştir. Oysa, kritik düşünme yeteneğine sahip olan deneyimli hemşirelerden daha iyi klinik karar vermesi beklendiği ve hekimlerin de daha deneyimli hemşirelerin kararlarına daha fazla önem verdiği belirtilmektedir. [15]

SONUÇLAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimler ve hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği, ancak çatışma boyutunda etik duyarlılığın düştüğü ve hekimler ve hemşirelerin hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşandığı görülmüştür.

Üniversite hastanesi YBÜ hekim ve hemşirelerinde ise yarar sağlama boyutunda ya da hastalar için yararlı bir şeyler yapma, hastanın güvenini kazanma, hastanın iyileşme durumu ile ilgili olarak etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ hekimlerinde bütüncü yaklaşım, oryantasyon; hemşirelerde ise çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda daha az etik duyarlılık görülmüştür.

Bunun yanı sıra, hekimlerin medeni durumunun, cinsiyetinin, yaşının, mesleki deneyim ve üniteye çalışma yılının yarar sağlama boyutu ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir. Hemşirelerin ise, eğitim durumlarının, ahlak/etik konusunda bir toplantıya katılma durumlarının oryantasyon; yaşlarının otonomi ve bütüncü yaklaşım; üniteye çalışma yıllarının da bütüncü yaklaşım ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir.

Sonuç olarak, tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde özellikle hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık biraz daha düşüktür.

Bu nedenle, hastanelerin yoğun bakımlarında yaşanan çatışmaların nedenlerine yönelik veri analizleri yapılarak, analizlerden elde edilen nedenlere yönelik çözümler oluşturulup, çatışmalar azaltılabilir. Ayrıca, çatışmalarla başa çıkma konusunda sağlık çalışanlarına konuya özel eğitimler verilebilir. Sorun ya da çatışma yaşandığında danışmanlık verebilecek, hastane ve ünite kapsamında eğitim ve toplantılar düzenleyecek, hastane ya da yoğun bakımlara özel etik komiteler yaygınlaştırılabilir ya da danışmanlar atanabilir. Üniversite hastanesinde ise, başta yarar sağlama olmak üzere, diğer etik ilkelere yönelik de etik duyarlılığı artırmak için etik ve etikle ilgili olgu sunumlarının yapıldığı, eleştirel ve tartışmalı eğitimler düzenlenebilir. Yarar sağlama ilkesinin ihlal edilmesi vb. durumlarda izleme, denetleme mekanizmaları geliştirilebilir, gerekirse disiplin cezası verilebilir. Etik dışı uygulama ve sorunların bildirimini kolaylaştıracak etik hattı oluşturulabilir; bildirim yapıldığında baskı ve cezalandırmanın yapılmayacağı bir etik anlayış oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

1. Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. [Doktora tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2005.
2. Babadağ K. Yoğun bakım birimlerinde etik sorunlar ve yaklaşımlar. *Yoğun Bakım* 1997;1:13-5.
3. Catlin A, Leuthner S. New videos discuss ethical dilemmas in neonatal intensive care. *Pediatr Nurs* 2000;26:193-4.
4. Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik: Ötenazi. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 35-41.
5. Erkeköl FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
6. Civaner M. Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2003; 18:148-51.
7. Melia KM. *Health care ethics: lessons from intensive care*. London: Sage Publications; 2004.
8. Cobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nurs Ethics* 2004;11:444-58.
9. Kinoshita S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics* 2007;14:651-64.
10. Antonelli M, Azoulay E, Bonten M, Chastre J, Citerio G, Conti G, et al. Year in review in Intensive Care Medicine, 2007. III. Ethics and legislation, health services research, pharmacology and toxicology, nutrition and paediatrics. *Intensive Care Med* 2008;34:598-609.
11. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the Conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:853-60.
12. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009;16:57-68.
13. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009;40:113-9.
14. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: the role of significant others. *J Med Ethics* 2009; 35:483-7.
15. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010;17:87-98.
16. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2010;18:183-91.
17. Değer M. Yoğun bakımda etik. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 9-15.
18. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2010;52:76-81.
19. Oran NT. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hasta. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004;6:24-30.
20. Algier L, Yağmurlu A, Gökçora İH. Yenidoğan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1998;6:89-93.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta hakları yönetmeliği. *Resmi Gazete* 1998;23420:1-11.
22. Kabukçu N, Özgök Y, Babacan B. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. In: 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s. 73.
23. Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. [Yüksek lisans tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2007.
24. Enç N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. *Hemşirelik Bülteni* 1991;21:83-8.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı

Ethical Sensitivity of Physicians and Nurses in Intensive Care Units

Havva ÖZTÜRK, Sevilay HİNTİSTAN, Süheyla KASIM, Bahar CANDAS

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):77-84

Amaç: Çalışma, yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Trabzon'daki bir üniversite hastanesi, üç devlet hastanesi ve bir özel hastanenin YBÜ'lerinde çalışan toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, kişisel bilgi formu ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Ölçek puan ortalamaları, hekimler ve hemşirelerin genel toplamda (3.0), otonomi (2.7), yarar sağlama (3.3), bütüncü yaklaşım (2.5), uygulama (3.1) ve oryantasyon (2.4) altboyutlarında etik duyarlılık gösterdiğini; ancak, çatışma (4.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğünü gösterdi. Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde, hemşirelerde ve tüm grupta yarar sağlama boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulundu (sırasıyla, $p=0.017$, $p=0.016$ ve $p=0.001$). Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde bütüncü yaklaşım ($p=0.025$) ve oryantasyon ($p=0.029$) altboyutlarında, hemşirelerde ise çatışma boyutu ($p=0.045$) ve genel toplamda ($p=0.028$) etik duyarlılık daha düşük düzeydeydi.

Sonuç: Tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Etik, profesyonel; etik, hemşirelik; yoğun bakım ünitesi; anket.

Objectives: The study was designed to determine the sensitivity of physicians and nurses regarding ethical dilemmas experienced during patient care delivery in intensive care units (ICU).

Materials and Methods: The study included a total of 41 physicians and 130 nurses working in the ICUs of a university hospital, three state hospitals, and a private hospital in Trabzon. Data were collected using an information form and the Moral Sensitivity Questionnaire.

Results: The mean scores of the questionnaire showed that ICU physicians and nurses had ethical sensitivity with an overall score of 3.0, and in the dimensions of autonomy (2.7), benevolence (3.3), respect for integrity (2.5), practice (3.1), and orientation (2.4), but their ethical sensitivity decreased in experiencing conflict (4.4). Compared to other hospitals, ethical sensitivity for benevolence was lower in physicians, nurses, and in the overall group working in the ICU of the university hospital ($p=0.017$, $p=0.016$, $p=0.001$, respectively). In addition, university ICU physicians exhibited lower ethical sensitivity regarding integrity ($p=0.025$) and orientation ($p=0.029$) dimensions, and university ICU nurses showed lower ethical sensitivity in the conflict dimension ($p=0.045$) and total moral sensitivity ($p=0.028$).

Conclusion: Physicians and nurses working in the ICU of all the hospitals show ethical sensitivity, but experience conflicts during decision making or approach to the patients. Moreover, ethical sensitivity for benevolence was found lower in the ICU of the university hospital.

Key Words: Ethics, professional; ethics, nursing; intensive care units; questionnaires.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık profesyonelleri, tüm sağlık hizmet alanlarında ve özellikle yoğun bakım ya da reanimasyon birimlerinde etik ikilemleri daha yoğun şekilde yaşamaktadırlar. Bu birimlerde aydınlatılmış onam, karar verme sorumluluğu, kaynakların eşit paylaşılması, yarar sağlama ya da zarar vermeme ilkelerinin ihlal edilmesine yönelik etik ikilemler ve çatışmalar en sık yaşanan sorunlardır.^[1]

Literatür ve araştırmalar incelendiğinde, hekim ve hemşirelerin, yaşamı devam ettirme tedavisinin sağlanması ya da geri çekilmesi, resüsitasyon “yapma” istemleri, suni hidrasyon ve besleme ile ilgili kararlar, organ transplantasyonu, beyin ölümü, ötenazi ve yaşamın sonu ile ilgili kararlar, bakım ve tedavi için yeterli kaynak bulunmaması, bireye saygı eksikliği, bilgilendirilmiş onam eksikliği konularında etik ikilemler yaşadıkları belirtilmektedir.^[2-16] Oysa, bu ikilemler karşısında sağlık profesyoneli olan hekim ve hemşireler bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorundadır ve bu nedenle de karar verme durumunda kalmaktadırlar.^[17,18] Ancak, etik karar verme etik duyarlılığın gelişimi ile ilişkilidir. Ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olan duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması/hissedilmesi olarak algılanmaktadır. Önem verme ile yakından ilişkilidir. Etik sorunu saptama yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamadır. Etik duyarlılık tüm birimlerde olduğu gibi, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma veya bir etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmektir.^[1]

Bu araştırma, YBÜ’lerde sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, YBÜ’leri bulunan Trabzon’daki üniversite hastanesinden ve İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı üç devlet hastanesinden ve bir özel hastaneden yazılı izin alındıktan sonra gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, üniversite hastanesi YBÜ’lerinde çalışan 29 hekim, 87 hemşire; devlet hastaneleri YBÜ’lerinde çalışan 30 hekim,

77 hemşire; özel hastane YBÜ’sünde çalışan 8 hekim ve 17 hemşire, toplam 67 hekim ve 181 hemşire oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Sonuçta araştırma, üniversite hastanesinden 20 hekim, 67 hemşire; devlet hastanelerinden 16 hekim, 46 hemşire; özel hastaneden 5 hekim ve 17 hemşirenin gönüllü katılımıyla, toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmanın yalnızca YBÜ’lerde yürütülmesi ve bu ünitelerde çalışan hekim ve hemşirelerin görüşlerini içermesi çalışmanın bir sınırlılığıdır.

Veriler, sekiz demografik özellik, dört hastane, dört meslek ve etik ile ilgili toplam 16 sorudan oluşan bilgi formu, 30 maddelik Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

Ahlaki Duyarlılık Ölçeği, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç’te 1994 yılında geliştirilmiş, 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 30 maddeden ve altı altboyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon) oluşmaktadır. Üç madde (3, 23, 26. maddeler) herhangi bir boyut altında yer almamıştır. Likert tipte 1 ile 7 arasında puanlamanın yapıldığı ölçekte, “1 puan” tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, “7 puan” hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir.^[1] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri genel toplamda 0.80, hekimler için 0.71 ve hemşireler için 0.81’dir.

(i) Otonomi altboyutu, “Hastanın bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim. Çoğu kez iyi bakım/ tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.” ifadelerinden oluşmaktadır.

(ii) Yarar sağlama altboyutu, “Hastalarımın bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anla-

mı olmadığını hissederim. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum." ifadelerini kapsamaktadır.

(iii) Bütüncü yaklaşım altboyutu, "Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum." ifadelerini içermektedir.

(iv) Çatışma altboyutu, "Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım." ifadelerinden oluşmaktadır.

(v) Uygulama altboyutu, "Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım. Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda, teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim." ifadelerini kapsamaktadır.

(vi) Oryantasyon altboyutu, "İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım." ifadelerini kapsamaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzdelik, ortalama değerler ve Kolmogorov-Smirnov,

Mann-Whitney U, t-testi, Kruskal-Wallis, ANOVA ve Tukey HSD, korelasyon, Cronbach alfa testleri kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların %76'sı hemşire ve %24'ü hekimdi. Hekim ve hemşire grubunun demografik, sosyal ve mesleki özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Ünitede yatan hastalarla ilgili karar alırken dikkat edilen unsurlara bakıldığında, hekimlerin %78.1'i (n=32), hemşirelerin %55.4'ü (n=72) hasta için en doğrusunu bilse bile, kararlara mutlaka hastanın/ailesinin katılımını sağladığını; hekimlerin %61'i (n=25), hemşirelerin %34.6'sı (n=45) her ne olursa olsun mutlaka girişim öncesi hastanın/ailesinin görüşünü aldığını; ancak bu üniteye sürekli acil durumlara karşılaşıldığı için, hekimlerin %24.4'ü (n=10), hemşirelerin %44.6'sı (n=58) karar alımında hastanın katılımını sağlamada güçlük yaşadığını ve katılımı sağlayamadığını belirtmiştir.

Sağlık bakım uygulamalarında etik/ahlaki duyarlılık değerlendirildiğinde, tüm grubun (hekim+hemşire) genel toplamda (3.0±0.7), altboyutlarda başta yarar sağlama (3.3±1.0) olmak üzere uygulama (3.1±1.1) ve oryantasyon (2.4±1.1), otonomi (2.7±1.0), bütüncü yaklaşım (2.5±1.0) alanlarında etik duyarlılık gösterdiği; ancak, çatışma (4.4±1.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğü ya da azaldığı görüldü. Bu bulgular hekimler ve hemşireler ayrı ayrı değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar gösterdi (Tablo 2).

Etik duyarlılık düzeyinin hastanelere göre karşılaştırılması Tablo 3'te gösterildi. Devlet, üniversite ve özel hastane YBÜ'lerinde çalışan hekimler arasında yarar sağlama (p=0.017), bütüncü yaklaşım (p=0.025) ve oryantasyon (p=0.029) altboyutlarında anlamlı fark saptandı. Bu fark yarar sağlama boyutunda özel hastaneye göre üniversite hastanesinin (p=0.013), bütüncü yaklaşım boyutunda devlet hastanelerine göre üniversite hastanesinin (p=0.02), oryantasyon boyutunda kamu hastanelerine göre özel hastanenin (p=0.029) yoğun bakımları aleyhine idi.

Devlet, üniversite ve özel hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hemşireler arasında ise yarar sağlama (p=0.016) ve çatışma (p=0.045) altboyutlarında ve genel toplamda (p=0.028)

Tablo 1. Hekimlerin ve hemşirelerin demografik, sosyal ve mesleki özellikleri

		Hekim (n=41)			Hemşire (n=130)		
		Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Yaş				34.5±6.9			28.9±5.4
Deneyim yılı	Mesleki			9.9±7.4			7.3±5.6
	Yoğun bakım			3.7±4.0			3.9±4.2
Cinsiyet	Erkek	28	68.3		1	0.8	
	Kadın	13	31.7		129	99.2	
Medeni durum	Evli	28	68.3		76	58.5	
	Bekar	13	31.7		54	41.5	
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	-			32	24.6	
	Ön lisans	-			44	33.9	
	Lisans/Lisansüstü	41	100.0		54	41.5	
Hastane	Üniversite hastanesi	20	48.8		67	51.5	
	Devlet hastanesi	16	39.0		46	35.4	
	Özel hastane	5	12.2		17	13.1	
Yoğun bakım ünitesi	Cerrahi	15	36.6		42	32.3	
	Dahili	9	22.0		41	31.5	
	Çocuk/Yenidoğan	12	29.3		47	36.2	
	Yanıtsız	5	12.2		-		
Mesleği sevme	Seviyor	34	82.9		114	87.7	
	Sevmiyor	5	12.2		16	12.3	
	Yanıtsız	2	4.9		-		
Etik/Deontoloji eğitimi alma	Eğitim almış	17	41.7		52	40.0	
	Eğitim almamış	12	29.3		49	37.7	
	Yanıtsız	12	29.3		29	22.3	
Mesleki ahlak/etik toplantısına katılma	Katılmış	17	41.7		58	44.6	
	Katılmamış	12	29.3		45	34.6	
	Yanıtsız	12	29.3		27	20.8	
Kurumda etik komitenin varlığını bilme	Var	12	29.3		25	19.2	
	Yok	3	7.3		29	22.3	
	Bilgisi yok	14	34.2		46	35.4	
	Yanıtsız	12	29.3		30	23.1	

anlamli fark vardı (Tablo 3). Bu fark, yarar sağlama boyutunda devlet hastanesine göre üniversite hastanesinin ($p=0.049$), çatışma boyutu ($p=0.045$) ve genel toplamda ($p=0.028$) diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Tüm grup açısından ise, devlet, üniversite ve özel hastane yoğun bakımları arasında yarar sağlama ($p=0.001$) ve çatışma ($p=0.012$) altboyutlarında anlamlı fark görüldü (Tablo 3). Bu fark, her iki altboyutta diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Bu bulgular çatışma boyutu hariç tüm altboyutlarda ve genel toplamda YBÜ'lerde etik duyarlılığın var olduğunu göstermiştir. Ancak, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hekimler, hemşireler ve tüm grup (hekim+hemşire) için yarar sağlama altboyutunda ünitelerindeki etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, hekimlerde bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerde çatışma boyutu ve genel toplamda üniversite hastanesi yoğun bakımlarında etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun

Tablo 2. Hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun Ahlaki Duyarlılık Ölçeği puan ortalamaları

Altboyutlar	Hekim (n=41)	Hemşire (n=130)	Tüm grup (n=171)
F1 (Otonomi)	3.0±0.8	2.7±1.0	2.7±1.0
F2 (Yarar sağlama)	3.1±1.0	3.4±1.1	3.3±1.0
F3 (Bütüncü yaklaşım)	2.4±1.0	2.6±1.0	2.5±1.0
F4 (Çatışma)	4.1±1.1	4.4±1.4	4.4±1.4
F5 (Uygulama)	2.9±0.9	3.1±1.1	3.1±1.1
F6 (Oryantasyon)	2.3±1.2	2.5±1.1	2.4±1.1
Toplam	3.0±0.6	3.0±0.7	3.0±0.7

yanı sıra tüm grupta çatışma boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerde oryantasyon boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir.

Demografik özellikler ile etik duyarlılık boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, hekimlerin medeni durumu ($t=-2.08$, $p=0.044$)

ve cinsiyetleri ($t=-2.74$, $p=0.009$) ile yarar sağlama boyutu arasında anlamlı ilişki görüldü. Bu ilişki, bekar ve kadın hekimlerin yarar sağlama boyutunda daha az etik duyarlılık gösterdiği şeklindeydi. Hekimlerin çalıştıkları ünite ile çatışma boyutu arasında da anlamlı ilişki saptandı (χ^2 K-W=8.891, $p=0.012$). Çocuk/yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin çatışma boyutundaki etik duyarlılıklarının biraz daha düşük olduğu görüldü.

Ayrıca hekimlerin yaşı ($r=-0.432$, $p=0.006$), mesleki deneyimi ($r=-0.515$, $p=0.001$) ve ünitedeki çalışma yılı ($r=-0.341$, $p=0.031$) ile yarar sağlama boyutu puanı arasında negatif yönde, orta düzeyde ya da orta düzeye yakın bir ilişki saptandı. Bu ilişki hekimlerin yaşı, mesleki deneyim ve ünitedeki çalışma yılı arttıkça yarar sağlama boyutunda etik duyarlılıklarının arttığını göstermiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile otonomi boyutu arasında (χ^2 K-W=6.274, $p=0.043$), mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılma durumu ile oryantasyon boyutu ara-

Tablo 3. Hastanelere göre hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun etik duyarlılık puan ortalamaları

	Sayı	Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncü yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam	
		(Ort. sıra)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	
Hekim (n=41)	Hastaneler								
	Devlet	16	21.4	3.0±0.8	2.1±1.1	3.8±1.1	20.4	22.6	22.8
	Üniversite	20	18.8	3.4±0.9	2.0±0.6	4.5±1.0	21.8	16.9	19.5
	Özel	5	30.8	2.1±0.7	2.6±0.9	3.1±1.1	19.8	32.2	21.5
	F			4.509	4.070	1.59			
	χ^2 K-W		4.472				0.166	7.09	0.689
p		0.107	0.017	0.025	0.216	0.92	0.029	0.705	
Hemşire (n=130)	Hastaneler								
	Devlet	46	67.6	3.1±0.9	63.8	60.0	64.0	64.7	61.8
	Üniversite	67	68.9	3.6±1.1	68.9	73.0	66.4	65.1	72.8
	Özel	17	46.5	3.0±0.9	56.7	50.9	66.0	69.4	46.9
	F			4.259					
	χ^2 K-W		5.05		1.55	6.20	0.120	0.210	7.146
p		0.08	0.016	0.459	0.045	0.942	0.90	0.028	
Tüm grup (n=171)	Hastaneler								
	Devlet	62	89.1	78.2	90.4	77.3	83.9	86.7	84.1
	Üniversite	87	86.6	98.5	84.8	96.7	87.7	81.5	92.0
	Özel	22	75.0	58.8	78.5	68.4	85.4	102.1	67.6
	χ^2 K-W		1.349	13.77	1.042	8.803	0.213	3.075	4.423
	p		0.509	0.001	0.594	0.012	0.899	0.215	0.110

sında ($U=976.5$, $p=0.028$) anlamlı ilişki görüldü. Lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin otonomi boyutunda, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılmayan hemşirelerin oryantasyon boyutunda etik duyarlılıklarının biraz daha düşük düzeyde olduğu görüldü. Ayrıca, hemşirelerin yaşı ile otonomi ($r=0.244$, $p=0.005$) ve bütüncü yaklaşım ($r=0.297$, $p=0.001$) altboyutları, ünitelerdeki çalışma yılı ile bütüncü yaklaşım altboyutu ($r=0.189$, $p=0.032$) puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki saptandı. Bu ilişki hemşirelerin yaşı arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım, ünitelerdeki çalışma yılı arttıkça bütüncü yaklaşım boyutlarında etik duyarlılıklarının azaldığını göstermektedir.

TARTIŞMA

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalara sağladığı yaşamsal destek nedeniyle sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan ve etik sorunlarla sık karşılaşılan ortamlardır.^[19,20] Bu ünitelerde çalışan sağlık personeli, bu etik sorun ve ikilemler karşısında karar verme durumundadır. Böyle bir durumda iyi bir karar verebilmek için, etik kuramların, profesyonel ve kişisel etiğin dikkate alınması, diğer kişilerin değer ve görüşlerine açık olunması gerekir.^[20]

Araştırma bulgularına göre, hekimlerin büyük bir çoğunluğu ve hemşirelerin yarısından fazlası, YBÜ'de yatan hastalarla ilgili karar alırken mutlaka hastanın/ailesinin kararlara katılımını sağlamaktadır. Bu doğru bir yaklaşımdır ve hastanın rızası ya da izninin alınması kapsamında hasta hakkıdır.^[21] Yaşam destek tedavilerinin kesilmesi konusunda İsviçre'de yapılan bir araştırmada, hekimlerin %25'i bu konuda karar verme yetkisinin yalnızca kendilerine ait olduğunu belirtirken, hastaların %50'si tedavinin kesilmesine yalnızca hastanın ve yakınlarının karar verebileceğini belirtmiştir.^[4] Bununla birlikte, hekimlerin çoğunluğu hasta karar veremeyecek durumda olduğunda kendilerini tam yetkili görürken, halkın %73'ü, hemşirelerin %70'i kararın hasta yakınları ve hekim ile birlikte verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.^[4]

Yoğun bakım hastaları genellikle kendi öz bakım ihtiyacını gidermede sıkıntıları olan, hekim ve hemşirelere daha fazla bağımlı olan hastalardır; dolayısıyla, daha fazla bakıma

gereksinimleri vardır. Bu nedenle, bakımla ilgili kararlar, ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların kişiyi nasıl etkileyeceğinin önceden düşünülmesini ve eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirir. Bu durum hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin ahlaki duyarlılık geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.^[22] Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin genel düzeyde ve başta yarar sağlama olmak üzere otonomi, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği saptanmıştır. Yarar sağlama, tıbbi etiğin en önemli ilkelerindedir. Hekimlerin özellikle acil karar verme durumlarında hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı daha sık kullandığı belirtilmektedir.^[5] Bulgularda hekimlerin yaşı, mesleki deneyimi ve ünitelerdeki çalışma yılları arttıkça da yarar sağlama boyutunda daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Ancak, bekar ve kadın hekimlerin bu boyutta daha az etik duyarlılığa sahip olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise, hekimlerin medeni durumunun etik duyarlılıklarını etkilemediği; ancak, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre yarar sağlama boyutunda duyarlılıklarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.^[1] Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik ile ilgili yapılan bir çalışmada, bu ünitelerde tedavi amaçlı yöntemlerin daha invaziv hale gelmesinin hemşirelerin yarar sağlama ve zarar vermeme boyutlarında çatışma yaşamalarına neden olduğu ve hemşirelerin genellikle bu ilkeyi yerine getirmekte zorlandığı belirtilmiştir.^[16] Bunların yanı sıra üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yarar sağlama boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu, ayrıca hekimlerin bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerin çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde etik duyarlılığının daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Tosun^[1] da çalışmasında, devlet hastanesindeki hekimlerin üniversite hastanesinde çalışanlara göre etik duyarlılıklarının daha iyi olduğunu saptamıştır. Pekcan^[23] ise çalışmasında devlet, özel hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hekimlerde etik duyarlılığa ilişkin genel ve altboyutlarda fark saptamazken, hemşirelerin çatışma boyutunda sorun yaşadığını belirtmiştir.

Çatışma boyutunda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıkları incelendiğinde, duyarlılığın düştüğü, hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşandığı görülmekte-

dir. Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlardır. Bu nedenle, etik sorunların çözümüne yönelik uygun yaklaşımlar konusunda tüm sağlık çalışanlarının rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır.^[13] Japonya'da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, YBÜ hemşirelerinin etik ikilemler yaşadığı, hasta ile ilgili kararların hastanın istekleri göz önüne alınmaksızın verildiği, bu durumun hastanın ölüyor olmasından ve zamanın sınırlı olmasından kaynaklandığı bildirilmiştir.^[9] Böyle bir durumda hastanın yararına bir şeyler yapmanın zorlaştığı, buna bağlı olarak hemşirelerin stres düzeylerinin yükseldiği, yaşamı idame ettirici tedavi, hasta hakları ve otonomi konularında çatışma yaşadığı görülmektedir.^[9] Enç'in^[24] çalışmasında, koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda öncelikleri belirleyerek hemen karar veremedikleri ve verdikleri kararlarında gerekçelerini açıklayamadıkları belirtilmektedir. Azoulay ve ark.nın^[11] çalışmasında da, bu ünitelerin hastanelerin en stresli yerlerinden biri olduğu ve yaşamı tehdit eden akut hastalığı olan hastaların genel sağlığını ve organ fonksiyonlarını yeniden düzenlemek için ünite çalışanlarının sık sık hızla ardışık çoklu tedavi kararları almak zorunda kaldığı ve bu nedenle çatışmalar yaşandığı açıklanmıştır. Austin ve ark.^[12] da çocuk YBÜ'sünde yaptıkları çalışmada hemşirelerin karar almada sessiz kaldıklarını, güçsüzlük, üzüntü, kızgınlık ve düş kırıklığı hissettiklerini saptamıştır. Bulgularımızda da, çocuk ya da yenidoğan YBÜ'sünde çalışan hekimlerde çatışma boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşları arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım boyutlarında, çalışma yılları arttıkça yine bütüncü yaklaşım boyutunda etik duyarlılıkları azalmaktadır. Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde otonomi, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans ya da toplantılara katılmayan hemşirelerde ise oryantasyon boyutunda etik duyarlılık daha düşüktür. Pekcan^[23] da yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanımının azaldığını, ancak bütüncü yaklaşımın arttığını belirtmiştir. Tosun^[1] ise hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile etik duyarlılığın arttığını saptamıştır. Başak

ve ark.^[18] da, yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının yaşla birlikte arttığını; ancak, etik duyarlılığın YBÜ'de çalışma süresi, öğrenim durumu ve mezuniyet öncesi ya da sonrası etik dersi alma ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Enç^[24] de hemşirelerin deneyim yıllarının kritik durumlarda karar verme becerilerini etkilemediğini belirtmiştir. Oysa, kritik düşünme yeteneğine sahip olan deneyimli hemşirelerden daha iyi klinik karar vermesi beklendiği ve hekimlerin de daha deneyimli hemşirelerin kararlarına daha fazla önem verdiği belirtilmektedir.^[15]

SONUÇLAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimler ve hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği, ancak çatışma boyutunda etik duyarlılığın düştüğü ve hekimler ve hemşirelerin hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşadığı görülmüştür.

Üniversite hastanesi YBÜ hekim ve hemşirelerinde ise yarar sağlama boyutunda ya da hastalar için yararlı bir şeyler yapma, hastanın güvenini kazanma, hastanın iyileşme durumu ile ilgili olarak etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ hekimlerinde bütüncü yaklaşım, oryantasyon; hemşirelerde ise çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda daha az etik duyarlılık görülmüştür.

Bunun yanı sıra, hekimlerin medeni durumunun, cinsiyetinin, yaşının, mesleki deneyim ve üniteye çalışma yılının yarar sağlama boyutu ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir. Hemşirelerin ise, eğitim durumlarının, ahlak/ etik konusunda bir toplantıya katılma durumlarının oryantasyon; yaşlarının otonomi ve bütüncü yaklaşım; üniteye çalışma yıllarının da bütüncü yaklaşım ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir.

Sonuç olarak, tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde özellikle hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık biraz daha düşüktür.

Bu nedenle, hastanelerin yoğun bakımlarında yaşanan çatışmaların nedenlerine yönelik veri analizleri yapılarak, analizlerden elde edilen nedenlere yönelik çözümler oluşturulup, çatışmalar azaltılabilir. Ayrıca, çatışmalarla başa çıkma konusunda sağlık çalışanlarına konuya özel eğitimler verilebilir. Sorun ya da çatışma yaşandığında danışmanlık verebilecek, hastane ve ünite kapsamında eğitim ve toplantılar düzenleyecek, hastane ya da yoğun bakımlara özel etik komiteler yaygınlaştırılabilir ya da danışmanlar atanabilir. Üniversite hastanesinde ise, başta yarar sağlama olmak üzere, diğer etik ilkelere yönelik de etik duyarlılığı artırmak için etik ve etikle ilgili olgu sunumlarının yapıldığı, eleştirel ve tartışmalı eğitimler düzenlenebilir. Yarar sağlama ilkesinin ihlal edilmesi vb. durumlarda izleme, denetleme mekanizmaları geliştirilebilir, gerekirse disiplin cezası verilebilir. Etik dışı uygulama ve sorunların bildirimini kolaylaştıracak etik hattı oluşturulabilir; bildirim yapıldığında baskı ve cezalandırmanın yapılmayacağı bir etik anlayış oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

1. Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. [Doktora tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2005.
2. Babadağ K. Yoğun bakım birimlerinde etik sorunlar ve yaklaşımlar. *Yoğun Bakım* 1997;1:13-5.
3. Catlin A, Leuthner S. New videos discuss ethical dilemmas in neonatal intensive care. *Pediatr Nurs* 2000;26:193-4.
4. Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik: Ötenazi. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 35-41.
5. Erkeköl FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
6. Civaner M. Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2003; 18:148-51.
7. Melia KM. *Health care ethics: lessons from intensive care*. London: Sage Publications; 2004.
8. Cobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nurs Ethics* 2004;11:444-58.
9. Kinoshita S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics* 2007;14:651-64.
10. Antonelli M, Azoulay E, Bonten M, Chastre J, Citerio G, Conti G, et al. Year in review in Intensive Care Medicine, 2007. III. Ethics and legislation, health services research, pharmacology and toxicology, nutrition and paediatrics. *Intensive Care Med* 2008;34:598-609.
11. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the Conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:853-60.
12. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009;16:57-68.
13. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009;40:113-9.
14. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: the role of significant others. *J Med Ethics* 2009; 35:483-7.
15. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010;17:87-98.
16. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2010;18:183-91.
17. Değer M. Yoğun bakımda etik. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 9-15.
18. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2010;52:76-81.
19. Oran NT. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hasta. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004;6:24-30.
20. Algier L, Yağmurlu A, Gökçora İH. Yenidoğan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1998;6:89-93.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta hakları yönetmeliği. *Resmi Gazete* 1998;23420:1-11.
22. Kabukçu N, Özgök Y, Babacan B. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. In: 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s. 73.
23. Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. [Yüksek lisans tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2007.
24. Enç N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. *Hemşirelik Bülteni* 1991;21:83-8.

Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Ortam Sıcaklığı ve Nem Oranının İncelenmesi

Investigation of Ambient Temperature and Humidity in Intensive Care Units of a University Hospital

Arzu ÖZCAN İLÇE, Rahşan ÇAM, Meryem YAVUZ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):85-89

Amaç: Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) ortam ısı ve nem oranlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma dahili ve cerrahi olmak üzere toplam dokuz YBÜ'de gerçekleştirildi. Veriler YBÜ'nün fiziksel şartlarını (yatak sayısı, havalandırma-ısıtma şekilleri, ısı ve nem ölçümü durumu) ve çalışan hemşire sayısını içeren veri toplama formu ile toplandı. Ayrıca, YBÜ'lerde sıcaklık ve nem ölçümleri yapıldı.

Bulgular: İncelenen YBÜ'lerin dördünde (%44.4) merkezi klima, beşinde (%55.6) merkezi klima ve doğal havalandırma kullanılmaktaydı. Düzenli nem ölçümünün sadece bir YBÜ'de (%11.1) yapıldığı, ısı ölçümünün ise hiçbirinde (%0) yapılmadığı belirlendi. Araştırma kapsamında, YBÜ'lerin tüm salonlarında, ilaç odası bulunan üçünde, kirli odası ve deposu bulunan yedisinde ısı ve nem ölçümleri yapıldı. Ortalama ısı ve nem değerleri, hastaların bulunduğu YBÜ salonlarında sırasıyla 26.5 ± 0.7 °C ve %28.3±2.6, ilaç odasında 26.4 ± 0.9 °C ve %30.0±3.5, kirli odasında 26.3 ± 0.7 °C ve %29.4±2.5, depolarda ise 26.1 ± 0.8 °C ve %28.7±2.0 bulundu.

Sonuç: Araştırmamızın bulguları, incelenen dokuz YBÜ'de ısı ve nem değerlerinin düzenli olarak izlenmediğini ve bu değerlerin literatürde önerilen standart değerlerle uyumlu olmadığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Nem; yoğun bakım ünitesi/standart; hemşirelik araştırması; ısı.

Objectives: This descriptive study was designed to investigate ambient temperature and humidity in internal and surgical intensive care units (ICU) of a university hospital.

Materials and Methods: The study included nine internal and surgical ICUs. Data were collected using a questionnaire on physical conditions of the ICUs (number of beds, air-conditioning-heating, temperature and humidity monitoring) and the number of nurses. Measurements of ambient temperature and humidity were also made in the ICUs.

Results: In the nine ICUs, central air conditioning was used alone (n=4, 44.4%) or in combination with natural ventilation (n=5, 55.6%). Of note, routine humidity measurements were made in only one ICU (11.1%), and routine temperature measurements were made in none (0%) of the ICUs. Heat and humidity measurements were performed in all halls of the ICUs and existing facilities (3 medication rooms, 7 laundry rooms and stores) where the mean temperature and humidity values were as follows, respectively: 26.5 ± 0.7 °C and 28.3±2.6% in ICU halls, 26.4 ± 0.9 °C and 30.0±3.5% in medication rooms, 26.3 ± 0.7 °C and 29.4±2.5% in laundry rooms, and 26.1 ± 0.8 °C and 28.7±2.0% in stores.

Conclusion: Our findings show that routine temperature and humidity monitoring of the nine ICUs were not performed and that both temperature and humidity values of the ICUs were not consistent with the recommended standards.

Key Words: Humidity; intensive care units/standards; nursing research; temperature.

III. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (6-8 Nisan 2007, Belek, Antalya).

(Özcan İlçe, Yrd. Doç. Dr.) Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; (Çam, Yrd. Doç. Dr.) Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; (Yavuz, Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

İletişim adresi: Rahşan Çam. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 09100 Aydın.
Tel: 0256 - 213 87 55 / 203 e-posta: rahsany@myynet.com

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) insan gücü, profesyonel kapasite ve teknik donanım açısından son derece özel olarak donatılmış multidisipliner ünitelerdir. Fiziki durumu ağır olan hastaların izlenerek, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibi tarafından özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, hastanedeki en karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, yüksek dikkat, konsantrasyon gerektiren bölümlerdir.^[1-3]

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar kendilerini olumsuz etkileyen birçok faktörle karşılaşmaktadır. Fiziksel boyutta homeostazis (sıvı-elektrolit dengesizliği, beslenme bozukluğu, vb.) tıbbi tanı ile ilgili durumlar, ağrı yönetimi, bulantı-kusma, uykusuzluk, enfeksiyon, vb.; sosyokültürel boyutta bireyin sözlü ya da sözsüz iletişim kuramaması, yeterli bilgi ve danışmanlık alamama; psikospiritüel boyutta beden imajında bozulma, korku, anksiyete; çevresel boyutta ise gürültü, alarm sesleri, aydınlatma, ısı, ve yatakların rahatsız olması sayılabilir.^[3] Bunun yanında, hastalar kadar çalışanlar da YBÜ ortamından olumsuz etkilenebilmektedir. Sağlıksız çalışma ortamları hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını, ağır iş yükü, uzun çalışma saatleri, düşük profesyonel statü, işyerinde sıkıntılı ilişkiler, profesyonel rolleri yerine getirmedeki sorunlar ve işyerindeki çeşitli tehlikelerle etkilemektedir.^[4] Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne (ICN) göre, materyal, insan kaynakları, malzeme ve donanım konusundaki kurumsal yetersizlikler sağlık hizmetlerinin sürekli olarak kötüleşmesine yol açar (özellikle de devlet hizmetlerinde) ve işle ilgili tatminsizlik yaratır.^[4]

Bu gibi nedenlerle, günümüzde ideal bir yoğun bakım ünitesinde medikal ve paramedikal personel özellikleri ile teknik donanım ve hasta bakım ölçütlerinin kesinlikle tanımlanması gerekmektedir.^[2]

Yoğun bakım ünitelerinde teknik donanımın başında aydınlatma, havalandırma, ısıtma gibi terimler akla gelmektedir. İdeal ısı, hasta alanında 16-27 °C, personel odaları ve açık alanda 18-21 °C, kirli odasında 16-21 °C, depo ve temizlik odasında 16-21 °C' dir. İdeal nem oranı ise %30-60 olmalıdır.^[2,5-8] Oda havası ise 5 mikronluk partikülleri filtre edecek şekilde %99 oranında filtre edilmelidir.^[2]

Yoğun bakım ünitelerinde hava koşulları ne kadar çalışana uygun olursa, çalışan o kadar kendini rahat hisseder. Bu durumda düşünme ve çalışma kapasitesi, iş gücü ve verimliliği artar. Ortamın normalin üstünde sıcak olması bıkkınlık, sinirlilik, dikkatsizlik, hataların yoğunlaşması, zihinsel çalışmalarda verim düşüklüğü, yetenek ve becerilerin azalması, iş kazalarının fazlalaşması, bedensel işlerde verim düşüklüğüne ve vücutta sıvı-elektrolit dengesinin ve kan akımının bozulmasına, dolayısıyla yorgunluğa neden olabilir. Yüksek sıcaklık gibi, düşük sıcaklığın da çalışma başarısı üzerine olumsuz etkileri vardır. Düşük sıcaklıkta algılama ve reaksiyon süresi uzar. Ellerin becerisi azalır. Düşük sıcaklığın etkisi yüksek sıcaklığın etkisinden daha azdır. Düşük sıcaklıkta daha fazla giyinerek etkiler azaltılabilir.

Çalışılan ortamın sıcaklığı ile ilgili olarak hissedilen sıcaklık da önem taşımaktadır. Hissedilen sıcaklık, havadaki nem oranı, hava hareketi ve ortamın sıcaklığının etkisi altında bir kişinin hissettiği sıcaklıktır.^[9]

Nem oranı çok düştüğünde, hem çalışanlar hem de hastalarda burun ve ağız boşluğunu kurutur ve rahatsızlık verir. Bu etki ortam ısısı yükseldikçe daha fazla hissedilir. Yüksek düzeyde nemlilik ise, kapalı bir yerde çalışan insanların burun ve boğazlarında bir dolgunluk duygusu oluşturur. En önemlisi de, nem oranıyla beraber ortam ısısı yükseldikçe yüzeyler üzerinde ıslaklığa neden olur; bu da mikroorganizmaların yerleşimi için fırsat yaratır.^[10]

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerindeki ortam ısısı ve nem oranlarını incelenmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Ocak-Nisan 2007 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinde bulunan dördü dahili, beşi cerrahi kliniklere ait olmak üzere dokuz yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen veri toplama formu ile toplandı.^[8,11,12] Yoğun bakım ünitelerinin sıcaklık ve nem ölçümü araştırmacılar tarafından temin edilen dijital sıcaklık ve nem ölçüm aletiyle gerçekleştirildi. Veri toplama formunda bulunan diğer sorular (çalışan hemşire sayısı, YBÜ'deki yatak sayısı, havalan-

dırma ve ısıtma şekilleri) YBÜ'nün sorumlu hemşiresi ile görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 11.0 istatistik programında sayı, yüzde ve ortalama kullanılarak değerlendirildi. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan ve ilgili hastanenin dekanlığından yazılı izin alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki YBÜ'ler ortalama 16 yatak (dağılım 7-28 yatak) kapasiteliydi. Literatüre göre ideal bir yoğun bakım ünitesi en az dört yataklı, en fazla 12 yataklı olmalıdır.^[5,8,13] İncelenen YBÜ'lerdeki yatak sayısının literatürle paralellik göstermediği belirlendi.

Araştırma kapsamındaki YBÜ'lerde çalışan hemşire sayısı ortalama 21 (dağılım 10-50) idi. Literatürde hemşire-hasta oranlarının üçüncü seviye hasta için (çok yoğun bakım gerektiren hastalar) 1:1, ikinci seviye hasta için (daha az bakım gerektiren hastalar) 1:1.6, birinci seviye hasta için (en az bakım gerektirenler) 1:3 olması gerektiği belirtilmiştir.^[6,13,14] ICN'nin 2005 tarihli Küresel Hemşire Açığı: Öncelikli Müdahale Alanları (The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention) adlı raporunda, hemşire-hasta oranları ile ilgili olarak, ABD ve Avustralya dahil çeşitli ülkelerin çalışma koşullarını düzeltme ve hemşirelerin işlerine dönmelerini kolaylaştırma stratejilerinin bir parçası olarak minimum hemşire-hasta oranlarına yöneldikleri belirtilmiş; bunun güvenli bir personel politikası ve hasta bakımını da sağlayacağı ileri sürülmüştür.^[4] Tarnow-Mordi ve ark.nın^[15] yaptığı bir çalışmada, çok kritik bakım gerektiren (üçüncü seviye) hastalara 1:3 hemşire-hasta oranıyla bakım verildiğinde mortalite oranında artma olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda araştırma kapsamındaki YBÜ'lerde bulunan yatak sayıları (dağılım 7-28) göz önüne alındığında, hasta başına düşen hemşire sayısının önerilen oranda olduğu görülmektedir.^[4,6]

Hastanelerde klima sistemleri, odalarda konfor şartlarının sağlanması yanı sıra hastane içerisinde mikroorganizmaların, tozların, anestezi gazlarının ve kötü kokuların da en alt seviyelerde olmasını sağlamak için kullanılır.^[6,7] Enfeksiyon risklerini en alt seviyelerde tutabilmek ve mikroorganizma konsantrasyonunu standartlar ile belirtilen değerlerde tutabilmek için YBÜ'lerde klima sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Sıcaklık ve nem oranının artması bakteri ve mantar oluşumunu hızlandırıcı bir etkidir.^[7,11] Uygun olmayan hava koşulları, bakterilerin üremesine neden olur. Bazı bakteriler, bağıl nemi fazla hava koşullarında daha uzun süre yaşarlar.^[7,11,16] Çalışmamızda yoğun bakım ünitelerinin %44.4'ünde merkezi klima, %55.6'sında merkezi klima ve doğal havalandırma kullanıldığı belirlendi.

Literatürde, merkezi klima sistemlerinin kullanıldığı YBÜ'lerde varsa pencerelerin kapalı tutulması gerektiği belirtilmektedir.^[16] Araştırmamızda da, merkezi klima sistemi kullanılan YBÜ'lerde pencerelerin kapalı tutulduğu gözlemlendi.

Araştırmamızda ısı ve nem ölçümü yapılma durumu incelendiğinde, YBÜ'lerin sadece birinde (%11.1) nem ölçümü yapıldığı görülmüştür (Tablo 1). Isı ölçümünün ise YBÜ'lerin dokuzunda (%100) da yapılmadığı belirlendi. Bakteri, mantar ve virüslerin düşük ya da yüksek ısı ve nemle ilişkisi olduğu düşünüldüğünde, bu ünitelerde yeterli önlem alınmadığı görülmektedir. Literatürde YBÜ'lerde ısı ve nem ölçümünün düzenli olarak yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.^[2,16] Nem kontrolle-

Tablo 1. Yoğun bakım ünitelerinde ısı ve nem ölçümü yapılma durumu

	Isı ölçümü				Nem ölçümü			
	Var		Yok		Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
YBÜ salonu	0	0.0	9	100.0	1	11.1	8	88.9
İlaç odası	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	100.0
Kirli odası	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	100.0
Depo	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	100.0

ri ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin bir parçası olarak düzenlenmeli ve fazla nemin uzaklaştırılması sağlanmalıdır.^[16]

Başarı ve fizyolojik faaliyetler arasındaki ilişki üzerine yapılan bir araştırmada, iş başarısının sıcaklığa ve havadaki nem oranına bağlı olduğu belirtilmiş; 37.7 °C sıcaklıkta, %70 nem oranında iş yapmak "kolay", %79 nem oranında "zor", %82 nem oranında ise "imkansız" olarak tanımlanmıştır.^[9]

Isı ve nem ölçümleri, araştırma kapsamındaki YBÜ salonlarının tümünde, ilaç odası bulunan üçünde, kirli odası ve deposu bulunan yedisinde yapıldı. Hastaların bulunduğu YBÜ salonlarında ortalama ısı 26.5±0.7 °C, ilaç odasında 26.4±0.9 °C, kirli odasında 26.3±0.7 °C, depolarda ise 26.1±0.8 °C bulundu.

Yoğun bakım ünitesinde ısı, kirli odası (16 °C) ve depo (10 °C) dışında, çalışanların kullandığı alanlarda 18 °C ile 22 °C arasında, hasta alanlarında da 16 °C ile 27 °C arasında olmalıdır. Özellikle ilaç dolaplarının bulunduğu alanların 20 °C'yi geçmemesi önerilmektedir.^[2,8,10,12,17] Çalışmamızda ise ilaç odası bulunan üç YBÜ'de ısının önerilen 20 °C'den yüksek olduğu görüldü. İlaç odası bulunmayan YBÜ'lerde ise ilaçların YBÜ salonunda muhafaza edildiği görüldü. Buna göre, ilaç odaları ısısının önerilen ısıdan 6.4 °C, ilaçların YBÜ salonunda muhafaza edildiği salon ısısının da 6.5 °C daha yüksek olduğu görüldü. Bu durumda, ilaçların kullanma sürelerinin kısılacağı ya da bozulabileceği açıktır. İlaç odalarında ilaçların saklanması yanı sıra hazırlığı da yapılmaktadır. Uluslararası Standartlar Örgütü'ne (ISO) göre, özellikle steril ilaç ve solüsyonların hazırlanmasında kullanılan odalar, partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi, çoğalması ve odada bulunmasını en aza indirecek şekilde yapılmış; nem, ısı, basınç gibi önemli parametrelerin kontrol edilebildiği odalar olmalıdır. Bu çevre kontrolü laminer hava akımı ile sağlanabilir. İlaç odaları için amaçlanan, ilaç ve solüsyonların hazırlık aşamasında doğrudan ve çapraz kontaminasyon riskinin en aza indirilmesi, mikroorganizma ve toz birikiminin önlenmesi ve tüm sistemin dezenfeksiyon ve bakımının kolay bir şekilde yapılmasının sağlanmasıdır.^[17,18] Literatürde parenteral solüsyonlara bağlı gelişen enfeksiyonların uygunsuz hazırlanma, depolama ve uygulama sonucu

Tablo 2. Yoğun bakım ünitelerinde ölçüm yapılan yerlerde ortalama ısı ve nem değerleri

	Isı (°C)	Nem (%)
YBÜ salonu (n=9)	26.5±0.7	28.3±2.6
İlaç odası (n=3)	26.4±0.9	30.0±3.5
Kirli odası (n=7)	26.3±0.7	29.4±2.5
Depo (n=7)	26.1±0.8	28.7±2.0

oluştugu belirtilmektedir.^[17,18] Çalışmamızda dokuz YBÜ'den altısında ilaç odasının olmaması kontaminasyon, enfeksiyon riskleri açısından oldukça önemlidir ve yöneticilerin üzerinde titizlikle durması gereken bir konudur. Ayrıca, YBÜ'lerdeki kirli odası ve depo ısılarının da önerilen sıcaklıklardan yüksek olduğu gözlemlenirken, YBÜ salonlarının ısı düzeylerinin literatürle uyumlu olduğu görüldü.^[2,5,8,10,12]

Yoğun bakım ünitelerinde nem oranının %30-60 arasında tutulması önerilmektedir.^[8,10,19] Araştırma kapsamındaki YBÜ'lerde ölçülen ortalama nem değerleri şöyleydi: Hastaların bulunduğu YBÜ salonlarında %28.3±2.6, ilaç odasında %30.0±3.5, kirli odasında %29.4±2.5, depolarda ise %28.7±2.0 (Tablo 2). Belirtilen bölümlerdeki ortalama nem değerlerinin önerilen değerlerin altında olduğu görüldü. Nem oranının önerilen değerlerin altında olması, ortamda statik elektriğe neden olarak tozların havalanmasına yol açmaktadır.^[16] Sanada ve ark.nın^[20] YBÜ'lerde basınç ülserleri için risk faktörlerinin incelendiği çalışmasında hasta derisinin nemi ile basınç ülser gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Tozların havada kalmasının ise, solunum yoluyla bulaşan mikroorganizmaların geçişini kolaylaştıracağı, çalışanlar ve hastalarda ağız ve boğazda kuruluğa ve pulmoner sorunlara, bazı alerjik durumlarda artışa neden olacağı düşünülmektedir.^[10]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde, özellikle merkezi klima sistemlerinin kullanıldığı YBÜ'lerde en önemli parametrelerin ısı ve nem oranları olduğu vurgulanmaktadır.^[5,8,12,21] Araştırmanın yapıldığı YBÜ'lerin çoğunda rutin olarak ısı ve nem oranlarına bakılmadığı; araştırma sırasında yapılan ölçümlerde de önerilen değerlerden sapmalar olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastanelerde klima sistemlerinin gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması,
- YBÜ'lerde ısı ve nem ölçüm cihazlarının bulundurulması rutin izlemlerin yapılması ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilgilendirilmesi,
- Isıtma ve havalandırma sistemlerinin rutin bakımlarının teknik elemanlar ve enfeksiyon kontrol ekibi ile birlikte planlanması,
- Hastanelerin, ilaç hazırlama ve depolama konusunda kendi politikalarını oluşturması gerektiği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akansel N. Gürültünün yoğun bakımdaki hastalar üzerindeki etkisinin incelenmesi. [Doktora tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2004.
2. Arıboğan A, Bilgen S. Reanimasyon "Kritik Yoğun Bakım" kavramı ve yapılanma özellikleri. Erişim: <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/reanimasyon-not/newpage12.htm>.
3. Zengin N. Hasta ve yakınlarının konforunu etkileyen faktörler. In: 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; Adana: Nobel Kitabevi; 2010.
4. International Council of Nurses. Positive practice environments: quality workplaces=quality patient care. Available from: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf>.
5. Ergenekon E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2001;10:1-5.
6. Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1997;23:226-32.
7. Oğulata N. Hastane yapıları. In: 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı; İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2003. s. 43-54.
8. Şahinoğlu H. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Ankara: Türkiye Klinikleri; 1992.
9. Şimşek M. Mühendislikte ergonomik faktörler. İstanbul: Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletme Matbaası; 1994.
10. NHS estates. Facilities for Critical Care. HBN 57. Design and Briefing. London: The Stationery Office; 2003. Available from: http://www.sussexcritcare.nhs.uk/aboutus/documents/facilities_summary.pdf.
11. Dramalı A. Ameliyathanelerde mimari. In: II. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı; İzmir; 1999. s. 87-92.
12. Özyurt G. Yoğun bakım. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi; 1992.
13. Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4:179-85.
14. Adam SK, Osborne S, editors. Critical care nursing. Science and Practice. Oxford: Oxford University Press; 1997.
15. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. Lancet 2000;356:185-9.
16. Alan S. Hastane enfeksiyonlarından korunmada birimlerin yapılanma, havalandırma, temizleme ve dezenfeksiyon esasları. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;60:221-37.
17. Somer A. TPN, ilaç ve diğer solüsyonların hazırlanmasında DAS Uygulamaları. In: 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı; Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2007. s. 578-87.
18. Vonberg RP, Gastmeier P. Hospital-acquired infections related to contaminated substances. J Hosp Infect 2007;65:15-23.
19. Teksöz E. Yoğun bakım üniteleri ve izolasyon ünitelerinde havalandırmalar. In: 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı; Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2007. s. 451-65.
20. Sanada H, Sugama J, Kitagawa A, Thigpen B, Kinoshita S, et al. Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia. Int Wound J 2007;4:208-15.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yoğun bakım ünitelerinin standartları. Genelge 2009/56. Erişim: http://www.gungorensgeb.gov.tr/web_guncel_mevzuat/yogunbakim_standartlari_yeni.doc.

Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme Gereksinimi

Nutritional Requirement in Intensive Care Patients

Tuğba DİKER, Zehra Kan ÖNTÜRK, Aysel BADIR, Fatma Eti ASLAN

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):90-93

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son altı ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, serum albümini 3 gr/dl ve serum transferrini 150 mgr/dl'nin altında, lenfosit sayısı 1200'den az olan ve derisinde antijenik uyarılara yanıt azalmış hastalar beslenme desteği almalıdır. Özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda beslenme gereksinimi diğer destek tedavileri kadar önemlidir. Uygun beslenme yönteminin belirlenmesi için öncelikle beslenme öyküsünün alınması, uygun enerji gereksiniminin hesaplanması, biyokimyasal ve antropometrik ölçümler ve immünolojik testlerin yapılması önemlidir. Bu değerlendirme sonucuna göre hastanın beslenme desteği alıp almaya-çağına, alacaksa besin maddesi değerlerine ve beslenme yoluna karar verilmelidir. Bu makalede, yoğun bakım hastalarında beslenmenin önemi, enerji gereksiniminin hesaplanması ve beslenmenin değerlendirilmesine yer verildi.

Anahtar Sözcükler: Enerji alımı; yoğun bakım/yöntem; beslenme bozukluğu; beslenme değerlendirmesi/hemşirelik; beslenme desteği/hemşirelik.

Normal koşullarda, insan vücudu bir denge içerisinde. Hipotalamus tarafından yönetilen açlık ve tokluk mekanizmaları enerjiye duyulan gereksinim ile yiyeceğe yönelmeyi ve doygunluk hissi ile yiyecek alımının durdurulmasını sağlamaktadır. Bu şekilde yaşam verimli ve düzenli bir şekilde sürer.^[1,2]

Vücudumuzda yapılan her türlü işlev için enerjiye gereksinim duyulmaktadır. Besinlerin bir kısmı yapım için kullanılıyor olsa da, büyük bir kısmı enerji gereksinimini karşılamak için kullanılmaktadır. Büyüme ve gelişme çocukluk çağında gerçekleşiyor olsa da, hücrelerin yapım

Patients who have 80% of ideal body weight or have lost 10% of the body weight in the past six months, having serum levels of albumin below 3 g/dl and serum transfer below 150 mg/dl, lymphocyte count of less than 1200, and decreased skin response to antigenic warning should receive nutritional support. Nutritional support therapy is as important as other support therapies especially in intensive care patients. To determine the appropriate method of nutrition, nutritional history taking is of particular importance, as well as calculation of appropriate energy requirements, biochemical and anthropometric measurements, and immunological tests. In the light of these evaluations, decision should be made whether patients require nutritional support, and if necessary, which nutrients and nutritional route. This article focuses on importance of nutrition, calculation of energy requirements, and evaluation of nutritional status in intensive care patients.

Key Words: Energy intake; intensive care/methods; malnutrition; nutrition assessment/nursing; nutritional support/nursing.

ve yıkım işlevleri ömür boyu devam eder ve bunun için enerji gerekir.^[3,4]

Vücut dokularının gereksinim duyduğu makro ve mikro besin kaynaklarının yoksunluğu sonucunda dokularda yapısal eksiklik ve organlarda işlev bozuklukları görülür. Bu duruma beslenme bozukluğu denir. Başka bir ifadeyle beslenme bozukluğu, insan vücudunun gereksinim duyduğu enerji ve besinlerle sağlanan enerji arasındaki dengesizliktir. Genel olarak "kötü beslenme" şeklinde ifade edilebilir. Klinik olarak beslenme bozukluğu, protein, karbonhidrat, yağ ve vitamin gibi mikro

besinlerin yetersiz alımı sonucunda sık görülen enfeksiyonlara ve işlevsel bozukluklara neden olan bir durumdur.

Yetersiz gıda alımı, vücut depolarında azalmaya, böylece protein, aminoasit ve enerji eksikliğine neden olmaktadır. Kan ve dokularda metabolik değişikliklerin ortaya çıkması ile vücutta doku proteinleri azalmakta ve beslenme bozukluğu mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır. Bunun yanında hastanede kalış süresi uzamakta, hasta bakım maliyeti de artmaktadır.

Normal sağlıklı bir insanda enerji gereksinimi 25-35 kilokaloridir. Bu gereksinim başta karbonhidrat ve yağdan, daha sonra proteinlerden elde edilir. Vitamin, mineraller ve su ise vücudun gereksinim duyduğu diğer günlük besinlerdir. Günlük enerjinin %40-45'i karbonhidrat ve yağlardan, %10-20'si ise proteinlerden sağlanır.^[2,5]

Alınan bu besinler, enerji kaynağı, yapı maddesi, metabolik reaksiyonların düzenleyicisi ve eritici ortam olarak kullanılmaktadır. Bu farklı görevleri yerine getirmek için, farklı özellikte besin maddelerine gereksinim duyulmaktadır. Özellikle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda beslenme gereksiniminin karşılanması en az diğer destek tedaviler kadar önemli olmasına karşın, geçmiş yıllarda YBÜ hastalarının beslenmesine yeterli ilgi gösterilmemiştir.^[5,6] Ancak, son yıllarda yeterli beslenemeyen YBÜ hastalarında, sağkalımın düşük olması, organ fonksiyonlarının bozulması, hastanın klinik seyrinin kötüleşmesi ve enflamatuvar yanıt artışının anlaşılması bu hasta grubunda beslenmenin önemini gözler önüne sermiştir.^[2,5,7,8]

Yoğun bakım üniteleri fiziksel durumu ağır olan hastaların yakından izlendiği ve yaşam fonksiyonlarının desteklendiği özel birimlerdir.^[5,9,10] Yoğun bakım gerektiren durumların hemen hemen tamamı homeostazinin bozulmasına, yetersiz beslenmeye, bağışıklık sisteminin baskılanmasına, organ fonksiyonlarının bozulmasına ve iyileşmede gecikmeye neden olabilir.^[4,5,11] Bu bozukluklardan biri olan ve doğrudan ya da dolaylı olarak tüm vücut fonksiyonlarını etkileyen yetersiz beslenme, YBÜ hastalarında sıkça karşılaşılan sorunlardan biridir.^[4,6] Yoğun bakım hastalarında yeterli beslenmenin immün sistemi desteklediği, yara iyileşmesini hızlandırdığı, mortalite ve morbidite

oranını düşürdüğü, gastrointestinal sistemin işlevselliğinin devamını sağladığı, hastane harcamalarını ve hastanede kalış süresini azalttığı gösterilmiş ve bu hastalarda iyileşmede besin desteğinin önemi vurgulanmıştır.^[5,12,13]

Besin desteği miktarı ve türü hastanın birçok özelliği göz önünde bulundurularak belirlenir.^[12,14]

ENERJİ GEREKSİNİMİNİN HESAPLANMASI

Bazal metabolizma hızı, dolaylı kalorimetri, kardiyak debi ve arteriyovenöz O₂ farkından enerji tüketimi YBÜ hastalarında enerji gereksinimini hesaplamada kullanılan yöntemlerden bazılarıdır.

Bazal metabolizma hızı: Bazal metabolizma hızı, en uygun sıcaklıkta, 12 saatlik bir açlıktan sonra sabah uyanıldığında hesaplanan ve harcanan enerjiyi gösteren bir ölçümdür.^[9,12]

Dolaylı kalorimetri: Bu yöntemde, metabolizmada harcanan O₂ ve üretilen CO₂ miktarının saptanması ile enerji tüketimi hesaplanır. Spontan soluyan bir hastada bu ölçümü yapmak kolay değildir.^[11,12]

Kardiyak debi ve arteriyovenöz O₂ farkından enerji tüketiminin hesaplanması: Bu yöntemde tüketilen O₂ miktarının her bir litresinin 4.80 kilokaloriye eşdeğer olduğu kabul edilir. Bu yöntem uygulanarak yapılan ölçümler normal beslenme diyeti ile beslenen hastalar için geçerlidir ve hata payı yüksektir.^[12]

BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun bakım hastalarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi için bazı laboratuvar testlerinden ve ölçümlerden yararlanılır. Bunlar, vücut ağırlığı, triseps cilt kıvrım kalınlığı, üst kol çevresi, biyokimyasal ölçümler ve immünolojik testlerdir.

Vücut ağırlığı: Hastanın vücut ağırlığı kabul edilen standart değerle karşılaştırılır. Son üç aylık bir sürede istemsiz olarak %5'den az kilo kaybı var ise hafif, %10'dan fazla kilo kaybı var ise şiddetli bir beslenme değişimi söz konusudur. Son bir yıl içinde vücut ağırlığından kaybedilmiş, ancak son zamanlarda yeniden kazanılmışsa, bu tablo beslenme yetersizliğini yansıtmaz. Ancak, devam eden bir kilo kaybı

söz konusu ise değerlendirilmesi gerekmektedir.^[1,12,15,16]

Triseps cilt kıvrım kalınlığı: Bu test ölçüm yapan kişiye göre farklılık gösterebileceği için, deneyimli bir sağlık profesyoneli tarafından yapılmalıdır. Klinik uygulamada sık kullanılan bir yöntem değildir. Amaç cilt altı yağ dokusunun kalınlığını değerlendirmektir. Kadınlarda 13 mm'den, erkeklerde 10 mm'den az olması beslenme yetersizliğini göstermektedir.^[1,12,16]

Üst kol çevresi: Üst kolun tam ortasından ölçüm yapılması, deri, yağ, kas ve kemik kütlelerinin birlikte değerlendirilmesini sağlar. Tartılması güç hastalarda yararlı bir yöntemdir. Triseps üzerindeki cilt kıvrımı kalınlığının çıkarılması ile kas kitlesindeki değişiklikler hesaplanabilir. Kadınlarda 18 cm, erkeklerde 20 cm'nin altı patolojik kabul edilir.^[1,12,16]

BİYOKİMYASAL ÖLÇÜMLER

Prealbümin: Prealbüminin yarıömrü 2-3 gündür ve 10-15 mgr/dl hafif, 5-10 mgr/dl orta, 5 mgr/dl'den az miktarlar ciddi tüketimi gösterir. Beslenmeye başladıktan sonraki bir hafta içinde prealbümin seviyesinde ölçülebilir değişiklikler saptanır. Metabolik stres durumunda değişiklikler daha hızlı kendini gösterir.^[3,12,16]

Albümin: Referans değeri 3.5-5.0 gr/dl olan albüminin yarılanma ömrü 18 gündür. Beslenme yetersizliği dışında da düşük bulunabilmesi, bütün vücut sıvılarına geçiş geniş bir dağılım sergilemesi nedeniyle ancak kronik beslenme yetersizliği halinde bilgi verici bir ölçümdür.^[3,12,11,16]

Transferrin: Yarılanma ömrü 7-10 gündür. Ekstravasküler değerinin çok küçük olması nedeniyle değerlendirmede hassas bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Normal değeri 180-200 mgr/ml'dir.^[12,16]

Retinal bağlayan protein: Yarılanma ömrü 12 saat kadar olduğu için, vücutta olan değişiklikleri kısa sürede yansıtır. Normal düzeyi 2.6-7.2 mgr/ml'dir.^[12,16]

Kreatinin: Üriner atılımı kas kütlelerini yansıtır ve 24 saatteki kreatinin hesaplanarak kas kütleleri hakkında bilgi edinilir. Kas kütlelerindeki kayıp %5-15 arasında ise hafif, %15-30 arasında ise orta, %30'dan fazla ise şiddetli beslenme bozukluğuna işaret eder.^[12,16]

Nitrojen dengesi: Bu test genelde araştırmalarda kullanılan yöntemlerden biridir. İdrardaki üre atılımı ve protein katobolizmasındaki net değişiklikleri göstermek için kullanılabilir.^[12,16]

İmmünolojik testler: Beslenme bozukluğuna bağlı gelişen immünolojik değişiklikleri yansıtır. Bu amaçla tüberkülin, Candida albicans, streptokinaz, dermatofiton gibi antiijenler kullanılmaktadır. Beslenme bozukluğu durumunda T lenfositlerin sayısı ve oranı azalmaktadır. Ancak, beslenme ile normale dönmektedir. Beslenme bozukluğu durumunda lökosit fonksiyonları ve antikor salınımı bozulabilmektedir.^[12,16]

Diğer testler: Karaciğer enzim testleri, kreatinin, üre, elektrolit düzeyleri, kalsiyum, magnezyum ve fosfat düzenli olarak ölçülmelidir. Hastalıkların tanısı konusunda çinko, selenyum ve demir, enflamatuvar yanıtın değerlendirilmesinde ise C-reaktif protein düzeyinin bilinmesi yararlıdır.^[12,16]

SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yeterince beslenip beslenmediklerini değerlendirmek amacıyla, hasta için uygun bir ölçme yöntemi kullanılmalı, değerlendirme sonucuna göre hastanın beslenme desteği alıp almayacağına, alacaksa besin maddesi değerlerine karar verilmelidir.

Beslenme desteği alacak olan YBÜ hastalarına enerji kaynaklarını (karbonhidrat, yağ ve protein) içeren gıdalar verilmektedir. Bu enerji kaynaklarının doğru miktarlarda verilmesi için hastaların mevcut durumu da göz önünde bulundurularak enerji gereksinimi hesaplanır. Yoğun bakım hastalarında hipermetabolik ve hiperkatabolik olaylarla sıkça karşılaşılabilir. Bu nedenle, enerji gereksinimi hesaplanırken olası metabolik durumlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, ideal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son altı ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, serum albümin düzeyi 3 gr/dl ve serum transferrin düzeyi 150 mgr/dl'nin altında, lenfosit sayısı 1200'den az olan, derisinde antijenik uyarılara yanıt azalmış hastalar beslenme desteği almalıdır. Bu gereksinim özellikler YBÜ hastalarında çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Sobotka L. Klinik nütrisyon Temel kavramlar. 3. baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004.
2. Roberts SR, Kennerly DA, Keane D, George C. Nutrition support in the intensive care unit. Adequacy, timeliness, and outcomes. *Crit Care Nurse* 2003;23:49-57.
3. Dubois MJ, Orellana-Jimenez C, Melot C, De Backer D, Berre J, Leeman M, et al. Albumin administration improves organ function in critically ill hypoalbuminemic patients: A prospective, randomized, controlled, pilot study. *Crit Care Med* 2006;34:2536-40.
4. Erkan T. Kritik hastanın beslenmesi. In: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyum Dizisi, No: 57. 2007. s. 105-118.
5. Dikmen Y. Yoğun bakım koşullarında beslenme. In: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi, No: 41. 2004. s. 103-111.
6. Martin CM, Doig GS, Heyland DK, Morrison T, Sibbald WJ; Southwestern Ontario Critical Care Research Network. Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT). *CMAJ* 2004;170:197-204.
7. Wernerman J. Intensive care unit nutrition - nonsense or neglect? *Crit Care* 2005;9:251-2.
8. Heyland D, Cook DJ, Winder B, Brylowski L, Van deMark H, Guyatt G. Enteral nutrition in the critically ill patient: a prospective survey. *Crit Care Med* 1995;23:1055-60.
9. Abbasoğlu O. Is the enteral nutrition support always much better? *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2:6-9.
10. Özyurt G. Yoğun bakım. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi; 1992.
11. Brinson RR, Kolts BE. Hypoalbuminemia as an indicator of diarrheal incidence in critically ill patients. *Crit Care Med* 1987;15:506-9.
12. Aydoğmuş MT. Ventilatör ilişkili pnömoni gelişimini önlemede, glutamin destekli total parenteral beslenmenin, glutaminsiz enteral ve total parenteral beslenme ile karşılaştırılması. [Uzmanlık tezi] Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2006.
13. Jeejeebhoy KN. Enteral and parenteral nutrition: evidence-based approach. *Proc Nutr Soc* 2001;60: 399-402.
14. Jolliet P, Pichard C, Biolo G, Chioléro R, Grimble G, Leverve X, et al. Enteral nutrition in intensive care patients: a practical approach. Working Group on Nutrition and Metabolism, ESICM. European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1998; 24:848-59.
15. Lim KA, Kim HS, Seo JW, Lee SJ. The utility of serum prealbumin concentrations for short-term nutritional assessment in patients with acute diarrhea. *J Korean Pediatr Soc* 1999;42:88-93.
16. Özbayır T. Yoğun bakımda tüple beslenen hastalarda kullanılan yöntemin, diyare oluşturma sıklığına etkisinin incelenmesi. [Doktora tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 1995.

DERGİMİZİN KONU DİZİNİNİN İZLENMESİNDE KULLANILMAK ÜZERE 2009 YILINDA YAYINLANAN YAZILARIN LİSTESİ

Sayfa	Yazı adı	Yazarlar	Türü
1. Sayı			
1-5	Bütüncül yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri	Aysel Gürkan	Derleme
6-12	Kardiyoloji yoğun bakım hemşireliğinde etik	Serap Özer	Derleme
13-18	Yoğun bakım ünitesinde uygulanan sürekli renal replasman tedavileri	Asiye Durmaz Akyol	Derleme
19-23	Akut respiratuar distres sendromlu yenidoğanın bakımı	Gülçin Bozkurt	Derleme
24-29	Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi	Tel H <i>ve ark.</i>	Derleme
30-39	Diyabet ve yoğun bakım hastası	Asiye Durmaz Akyol	Derleme
40-46	Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri	Hintistan S <i>ve ark.</i>	Araştırma
2. Sayı			
47-54	Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi	Özger Ö <i>ve ark.</i>	Araştırma
55-62	Temel yaşam desteği kursuna katılan Hemşirelik/Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin kurstaki başarı, beklenti ve memnuniyetleri	Türkmen E <i>ve ark.</i>	Araştırma
63-68	Öğrenci hemşirelerin mezuniyet sonrasında yoğun bakım ünitelerinde çalışma hakkındaki görüşleri	Çelik S <i>ve ark.</i>	Araştırma
69-76	Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal tacizden etkilenme durumlarının incelenmesi	Aksu T <i>ve ark.</i>	Araştırma
77-84	Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve hemşirelerin etik duyarlılığı	Öztürk H <i>ve ark.</i>	Araştırma
85-89	Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde ortam sıcaklığı ve nem oranının incelenmesi	İlçe AÖ <i>ve ark.</i>	Araştırma
90-93	Yoğun bakım hastalarında beslenme gereksinimi	Diker T <i>ve ark.</i>	Derleme

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ 2009 YILI 13. CİLT KONU DİZİNİ

Akut böbrek yetmezliği bkz. 2009;13(1):13-18

Akut respiratuar distres sendromu bkz. 2009;13(1):19-23

Anjiyoplasti, balon, koroner/komplikasyon bkz.
2009;13(2):47-54

Anket

bkz. 2009;13(2):63-68

bkz. 2009;13(2):69-76

bkz. 2009;13(2):77-84

Bakım bkz. 2009;13(1):19-23

Beslenme bozukluğu bkz. 2009;13(2):90-93.

Beslenme değerlendirmesi/Hemşirelik bkz. 2009;13(2):90-93.

Beslenme desteği/Hemşirelik bkz. 2009;13(2):90-93.

Cinsel taciz bkz. 2009;13(2):69-76

Diabetes mellitus bkz. 2009;13(1):30-39

Diyabetik aciller bkz. 2009;13(1):30-39

Diyaliz bkz. 2009;13(1):13-18

Eğitim, Hemşirelik

bkz. 2009;13(2):55-62

bkz. 2009;13(2):63-68

Enerji alımı bkz. 2009;13(2):90-93.

Etik bkz. 2009;13(1):6-12.

Etik, Hemşirelik bkz. 2009;13(2):77-84

Etik, profesyonel bkz. 2009;13(2):77-84

Hasta ailesi bkz. 2009;13(1):1-5.

Hasta

bkz. 2009;13(1):24-29

bkz. 2009;13(1):40-46

Hasta ailesi bkz. 2009;13(1):24-29**Hematom/etyoloji** bkz. 2009;13(2):47-54**Hemşire/psikoloji** bkz. 2009;13(2):69-76**Hemşirelik araştırması** bkz. 2009;13(2):85-89**Isı** bkz. 2009;13(2):85-89**İletişim** bkz. 2009;13(1):1-5.**Kanama/etyoloji** bkz. 2009;13(2):47-54**Kardiyoloji Yoğun bakım Hemşireliği** bkz. 2009;13(1):6-12.**Kardiyopulmoner resüsitasyon** bkz. 2009;13(2):55-62**Kariyer seçimi** bkz. 2009;13(2):63-68**Kritik bakım** bkz. 2009;13(2):63-68**Mesleki maruziyet** bkz. 2009;13(2):69-76**Nem** bkz. 2009;13(2):85-89**Öğrenci, Hemşirelik**

bkz. 2009;13(2):55-62

bkz. 2009;13(2):63-68

Renal replasman tedavileri bkz. 2009;13(1):13-18**Risk faktörü** bkz. 2009;13(2):47-54**Transfer anksiyetesi** bkz. 2009;13(1):24-29**Yenidoğan** bkz. 2009;13(1):19-23**Yoğun bakım**

bkz. 2009;13(1):24-29

bkz. 2009;13(1):30-39

Yoğun bakım deneyim ölçeği bkz. 2009;13(1):40-46**Yoğun bakım ünitesi**

bkz. 2009;13(1):1-5.

bkz. 2009;13(1):40-46

bkz. 2009;13(2):69-76

bkz. 2009;13(2):77-84

Yoğun bakım ünitesi/standart bkz. 2009;13(2):85-89**Yoğun bakım/yöntem** bkz. 2009;13(2):90-93.**2009 YILI 13. CİLT YAZAR DİZİNİ****Abalı S** (bkz. Türkmen E ve ark.) 2009;13(2):55-62**Akkuş Topçu S** (bkz. Türkmen E ve ark.) 2009;13(2):55-62**Aksu T, Akyol A.** Yoğun bakım Hemşirelerinin duygusal tacizden etkilenme durumlarının incelenmesi. 2009;13(2):69-76. (Araştırma)**Akyol A** (bkz. Aksu T ve ark.) 2009;13(2):69-76**Aslan FE** (bkz. Diker T ve ark.) 2009;13(2):90-93.**Badır A** (bkz. Diker T ve ark.) 2009;13(2):90-93.**Balcı S** (bkz. Türkmen E ve ark.) 2009;13(2):55-62**Bozkurt G.** Akut respiratuar distress sendromlu Yenidoğanın bakımı. 2009;13(1):19-23. (Derleme)**Candaş B (bkz. Öztürk H ve ark.) 2009;13(2):77-84****Çam R** (bkz. Özcan İlçe A ve ark.) 2009;13(2):85-89**Çelik S, Veren F.** Öğrenci Hemşirelerin mezuniyet sonrasında Yoğun bakım ünitelerinde çalışma hakkındaki görüşleri. 2009;13(2):63-68. (Araştırma)**Diker T, Öntürk ZK, Badır A, Aslan FE.** Yoğun bakım hastalarında beslenme gereksinimi. 2009;13(2):90-93. (Derleme)**Durmaz Akyol A** Diyabet Yoğun bakım hastası. 2009;13(1):30-39. (Derleme)**Durmaz Akyol A** Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Sürekli Renal Replasman Tedavileri. 2009;13(1):13-18. (Derleme)**Gürkan A** Bütüncül yaklaşımlar: Yoğun bakımda hastası olan

aile üyeleri. 2009;13(1):1-5. (Derleme)

Hintistan S (bkz. Öztürk H ve ark.) 2009;13(2):77-84**Hintistan S, Nural N, Öztürk H.** Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. 2009;13(1):40-46. (Araştırma)**Işık I** (bkz. Türkmen E ve ark.) 2009;13(2):55-62**Karaçay P** (bkz. Türkmen E ve ark.) 2009;13(2):55-62**Kasım S** (bkz. Öztürk H ve ark.) 2009;13(2):77-84**Nural N** (bkz. Hintistan S ve ark.) 2009;13(1):40-46**Olgun N** (bkz. Özger Ö ve ark.) 2009;13(2):47-54**Öntürk ZK** (bkz. Diker T ve ark.) 2009;13(2):90-93.**Özcan İlçe A, Çam R, Yavuz M.** Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde ortam sıcaklığı ve nem oranının incelenmesi. 2009;13(2):85-89. (Araştırma)**Özcan İlçe A, Çam R, Yavuz M.** Bir üniversite hastanesinin Yoğun bakım ünitelerinde**Özer S.** Kardiyoloji Yoğun bakım Hemşireliğinde etik. 2009;13(1):6-12. (Derleme)**Özger Ö, Olgun N.** Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti sonrası kanama komplikasyonu sıklığı ve ili_kili risk faktörlerinin değerlendirilmesi. 2009;13(2):47-54. (Araştırma)**Öztürk H** (bkz. Hintistan S ve ark.) 2009;13(1):40-46**Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B.** Yoğun bakım ünitelerinde hekim ve Hemşirelerin etik duyarlılığı.

- 2009;13(2):77-84. (Araştırma)
- Tel H** (bkz. Tel H ve ark.) 2009;13(1):24-29
- Tel H, Tel H.** Transfer anksiyetesi; Yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. 2009;13(1):24-29. (Derleme)
- Türkmen E, Işık I, Balcı S, Akkuş Topçu S, Abalı S, Karaçay P.** Temel yaşam desteği kursuna katılan Hemşirelik/sağlık yüksekokulu Öğrencilerinin kurstaki başarı, beklenti ve memnuniyetleri. 2009;13(2):55-62. (Araştırma)
- Veren F** (bkz. Çelik S ve ark.) 2009;13(2):63-68
- Yavuz M** (bkz. Özcan İlçe A ve ark.) 2009;13(2):85-89

13. CİLTTE YER ALAN YAZILARDA YAPILAN ATIFLAR (YERLİ ÇALIŞMALAR DİZİNİ)

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Abbasoğlu O. Is the enteral nutrition support always much better? 2006	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Ağırbaşı M (bkz. Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik... 2007)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Akansel N. Gürültünün yoğun bakımdaki hastalar üzerindeki etkisinin incelenmesi. 2004	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Akdeniz S ve ark. Yoğun bakım hemşireliği. 2004	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Akın E (bkz. Demir Y ve ark. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin geçerlik... 2009)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Akkaş GA. Yoğun bakım hastalarında bireyselliğin korunması. 2003	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Akkuş N (bkz. Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik... 2004)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Akman B. Yoğun bakım hastalarında uygulanan diyaliz yöntemleri. 2003	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Akpınar A (bkz. Ersoy N ve ark. Turkish nurses' decision making in the distribution... 2010)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Akşit S ve ark. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. 2001	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Aksoy T (bkz. Akyolcu N ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu... 1998)	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Akyol A. Diyabette bakım. 2002	Durmaz Akyol A	2009;13(1):30-39
Akyol A. Etik ve hemşirelik. 1997	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Akyol A. Etik ve hemşirelik. 2002	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Akyol A. Hemşirelikte etik ilkeler ve etik ikilem. 2004	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Akyolcu N ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu olma hazırlığı içindeki hastada transfer stresine eşlik eden faktörlerin incelenmesi. 1998	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Alpar SE (bkz. Bahçecik N ve ark. Nursing education in Turkey: from past to present. 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Altıok M. Perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTCA) uygulanan hastaların sağlık eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 1998	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Altıok MG (bkz. Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik... 2007)	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Arıboğan A ve ark. Reanimasyon "Kritik Yoğun Bakım" kavramı ve yapılanma özellikleri.	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Arıkan Z (bkz. Özyurt Y ve ark. Akut respiratuar distress sendromu (ARDS). 2002)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Arslan F (bkz. Başak T ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. 2010)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distress sendromu. 2004	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distress sendromu. 2004	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Atmaca D. Yüksek riskli yenidoğan (prematür ve respiratuar distress sendromu). 2005	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Aydın C (bkz. Eroğlu F ve ark. Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? 2001)	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Aydoğmuş MT. Ventilator ilişkili pnömoni gelişimini önlemede, glutamin destekli total parenteral beslenmenin, glutaminsiz enteral ve total parenteral beslenme ile karşılaştırılması. 2006	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Aypar Ü. Ötenazi. 2002	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Aytaç S (bkz. Bilgel N ve ark. Bullying in Turkish white-collar workers. 2006)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Azaka A ve ark. Klinik karar verme ve hemşirelik. 2009	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Babacan B (bkz. Kabukçu N ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. 2010)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Babadağ K. Yoğun bakım birimlerinde etik sorunlar ve yaklaşımlar. 1997	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Bahçecik N ve ark. Nursing education in Turkey: from past to present. 2009	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Başak T ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. 2010	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Bayık A. Hasta hakları, etik ve hemşirelik. 2000	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Baykal Ü (bkz. Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri... 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Bayram N (bkz. Bilgel N ve ark. Bullying in Turkish white-collar workers. 2006)	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Berker N (bkz. Ertekin C ve ark. Bilim insanı olarak hekim ve etik. 2002)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Bilgel N ve ark. Bullying in Turkish white-collar workers. 2006	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Bilgen S (bkz. Arboğan A ve ark. Reanimasyon "Kritik Yoğun Bakım" kavramı ve yapılanma özellikleri.)	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Can G (bkz. Durna Z ve ark. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda koroner... 1997)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Cebeci F (bkz. Sucu G ve ark. Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri... 2009)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Cimete G (bkz. Akşit S ve ark. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere... 2001)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Civaner M ve ark. Çalışma yaşamında tıbbi etik. 2002	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Civaner M. Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi. 2003	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Çadır G ve ark. Muğla il merkezindeki hastanelerin acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin kardiyopulmoner resüsitasyona (CPR) ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. 2006	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Çamsarı A (bkz. Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde... 2004)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Çavuşoğlu H. Yüksek riskli yenidoğan ve hemşirelik bakımı. 2008	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Çiçek D (bkz. Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde... 2004)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Cobanoğlu N ve ark. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. 2004	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Çobanoğlu Ş. Mobbing, işyerinde duygusal saldırı ve mücadele yöntemleri. 2005	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Çoşkun R (bkz. Tanrıverdi F ve ark. Kritik hastalığa bağlı hipertansiyon ve insülin... 2007)	Durmaz Akyol A	2009;13(1):30-39
Dedelî Ö ve ark. Yoğun bakım sendromu. 2005	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Değer M. Yoğun bakımda etik. 2001	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Demir Y (bkz. Eşer İ ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi... 2007)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Demir Y ve ark. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2009	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Demirhan R (bkz. Özyurt Y ve ark. Akut respiratuar distres sendromu (ARDS). 2002)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Devicioğlu A. Organizasyonlarda saldırgan davranışlar ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi yönelik bir araştırma. 2006	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Dikmen Y. Yoğun bakım koşullarında beslenme. 2004	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik: Ötenazi. 2001	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Dilman T. Hastanelerde çalışan hemşirelerin duygusal tacize maruz kalma durumlarının belirlenmesi. 2007	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Diñç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. 2009	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Doğru D (bkz. Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distres sendromu. 2004)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Doğru D (bkz. Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distres sendromu. 2004)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Döven O (bkz. Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde... 2004)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Dramalı A. Ameliyathanelerde mimari. 1999	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Durmaz Akyol A (bkz. Dedeli Ö ve ark. Yoğun bakım sendromu. 2005)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Durna Z ve ark. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması. 1997	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Elar Z (bkz. Özzeybek D ve ark. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. 2002)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Elçioğlu Ö ve ark. Çağdaş tıp etiği. 2003	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Enar R. Akut miyokard infarktüsü-komplikasyonlar. 1999	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu. 2007	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Enç N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. 1991	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Erdem Y. (bkz. Kırkpantur A ve ark. Yoğun bakım ünitesinde renal problemler. 2004)	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Erdemir A ve ark. Klinik uygulamalarda hemşire-hasta ilişkileri. 2001	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Ergenekon E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. 2001	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Ergör A (bkz. Civaner M ve ark. Çalışma yaşamında tıbbi etik. 2002)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Erkal H (bkz. Özyurt Y ve ark. Akut respiratuar distres sendromu (ARDS). 2002)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Erkan T. Kritik hastanın beslenmesi. 2007	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Erkeköl FÖ ve ark. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. 2002	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Eroğlu F ve ark. Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? 2001	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Ersoy N ve ark. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. 2001	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Ersoy N ve ark. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. 2010	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Ertekin C ve ark. Bilim insanı olarak hekim ve etik. 2002	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Eşer İ (bkz. Demir Y ve ark. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin geçerlik... 2009)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46

Atıfta bulunan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Eşer İ ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2007	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Eti Aslan F ve ark. Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. 2007	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Göz F (bkz. Ersoy N ve ark. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. 2001)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Gözüm S. Hemşirelik öğrencilerinin çalışmak istedikleri alanlara ilişkin lisans eğitiminin başında ve sonundaki tercihleri. 2003	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Gülseven B (bkz. Sabuncu N ve ark. Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives. 2001)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Gürkan ÖU (bkz. Erkeköl FÖ ve ark. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. 2002)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Güven M (bkz. Tanrıverdi F ve ark. Kritik hastalığa bağlı hiperglisemi ve insülin... 2007)	Durmaz Akyol A	2009;13(1):30-39
Hatipoğlu S (bkz. Sekmen K ve ark. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. 1999)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Hatipoğlu S (bkz. Sekmen K ve ark. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının... 1999)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri.. 2002	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Kabukçu N ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. 2010	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Kaçmaz N. Yoğun bakım hastalarının psikolojik sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. 2002	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Kanan N (bkz. Akyolcu N ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu olma... 1998)	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Kaplan A. Böbrek yetmezliği. 2004	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Karadağ Ş (bkz. Eti Aslan F ve ark. Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye... 2007)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Karadakovan A. Hemşirelikte etik kodlar ve etik sorunlar. 2008	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Karakaya H (bkz. Erdemir A ve ark. Klinik uygulamalarda hemşire-hasta ilişkileri. 2001)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Karakoç E. Sürekli renal replasman tedavileri. 2007	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Karazeybek E (bkz. Sucu G ve ark. Acil servisteki kritik hasta yakınlarının... 2009)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu. 2004	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Kaya A (bkz. Erkeköl FÖ ve ark. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. 2002)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Kaya H. Hemşirelik eğitiminde değişimler ve gelecek. 2003	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Kırımlıoğlu N (bkz. Elçioğlu Ö ve ark. Çağdaş tıp etiği. 2003)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Kırkpantur A ve ark. Yoğun bakım ünitesinde renal problemler. 2004	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Korkmaz Ş (bkz. Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri... 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Koyunlu Ş (bkz. Çadır G ve ark. Muğla il merkezindeki hastanelerin acil... 2006)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Küçüködük Ş. Yenidoğan ve hastalıkları. 1994	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Kukulu K. Nursing in Turkey. 2005	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Kültürsay H. Giriş ve epidemiyoloji. 2001	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Kutlay O ve ark. Anestezi ve yoğun bakımda etik. 2001	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Laçiner V. Mobbing (İşyerinde psikolojik taciz). 2006	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Mavioğlu Ö (bkz. Özzeybek D ve ark. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. 2002)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Noyaner A (bkz. Eroğlu F ve ark. Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? 2001)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Numanoğlu N (bkz. Erkeköl FÖ ve ark. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. 2002)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Oğulata N. Hastane yapıları. 2003	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Oğuz Y. Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş. 2001	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Oğuz Y. Tıp etiği açısından ötenazi. 1996	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Okay T. Kardiyolojide invazif tedavi yöntemleri. 2001	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Oran NT. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hasta. 2004	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Ören B (bkz. Söyüç S ve ark. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı 2001)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Ovalı F. Solunum sıkıntısı ve respiratuar distress sendromu. 2007	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Oyur Çelik G (bkz. Yıldırım GÖ ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin temel yaşam... 2008)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Özbayır T. Yoğun bakımda tüple beslenen hastalarda kullanılan yöntemin, diyare oluşturma sıklığına etkisinin incelenmesi. 1995	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Özcan Ş (bkz. Durna Z ve ark. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda... 1997)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Özçelik U (bkz. Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distres sendromu. 2004)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Özçelik U (bkz. Aslan AT ve ark. Akut respiratuar distres sendromu. 2004)	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Özdevecioğlu M. Organizasyonlarda saldırgan davranışlar ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. 2003	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Özer N ve ark. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin gereksinimleri. 2003	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Özer N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinden kliniğe taşınmada planlı eğitimin hastaların taşınma kaygısı üzerine etkisi. 2004	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Özgök Y (bkz. Kabukçu N ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. 2010)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Özmen S (bkz. Eroğlu F ve ark. Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? 2001)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Özşaker E (bkz. Taşdemir N ve ark. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması... 2007)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Öztekin D (bkz. Akyolcu N ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu... 1998)	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Öztekin İ (bkz. Akyolcu N ve ark. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu... 1998)	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Öztekin S (bkz. Özzeybek D ve ark. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. 2002)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. 2001	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. 2010	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Öztürk MO. Bunaltı. 2004	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Özyürek A (bkz. Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri... 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Özyurt G. Yoğun bakım. 1992	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Özyurt G. Yoğun bakım. 1992	Diker T ve ark.	2009;13(2):90-93
Özyurt Y ve ark. Akut respiratuar distres sendromu (ARDS). 2002	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Özzeybek D ve ark. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. 2002	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Pazar Z (bkz. Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri... 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. 2007	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Pekdemir H (bkz. Katırcıbaşı T ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde... 2004)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Sabancı N ve ark. Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives. 2001	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Saçaklıoğlu F. Olağan dışı durumlarda Etik. 2002	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Savaşer S. Geleceğe yönelik hemşirelik eğitiminde uygulama alanları. 1999	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Sekmen K ve ark. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. 1999	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Sekmen K ve ark. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. 1999	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Somer A. TPN, ilaç ve diğer solüsyonların hazırlanmasında DAS Uygulamaları. 2007	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Söyük S ve ark. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı yoğun bakım ünitesinde hasta tatmininin ölçülmesi. 2001	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Sucu G ve ark. Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumu. 2009	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Sungur M ve ark. Yoğun bakım ünitesinde devamlı renal replasman tedavisi. 2002	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Şahinoğlu H. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 1992	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Şenturan L (bkz. Sabancı N ve ark. Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives. 2001)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Şenuzun F (bkz. Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde... 2007)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Şevketoğlu E. Akut solunum sıkıntısı sendromu. 2006	Bozkurt G.	2009;13(1):19-23.
Şimşek M. Mühendislikte ergonomik faktörler. 1994	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Tarıverdi F ve ark. Kritik hastalığa bağlı hiperglisemi ve insülin direnci: patofizyolojideki son gelişmeler ve klinik yaklaşım. 2007	Durmaz Akyol A	2009;13(1):30-39
Taşçı S (bkz. Azaka A ve ark. Klinik karar verme ve hemşirelik. 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Taşdemir N ve ark. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. 2007	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Taşdöğen A (bkz. Özzeybek D ve ark. Kardiyopulmoner resüsitasyon: tıp öğrencilerinin eğitimi. 2002)	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Teksöz E. Yoğun bakım üniteleri ve izolasyon ünitelerinde havalandırmalar. 2007	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Tel H (bkz. Tel H ve ark. The effect of individualized education on the transfer... 2006)	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Tel H ve ark. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. 2006	Tel H ve ark.	2009;13(1):24-29
Tolun A (bkz. Ertekin C ve ark. Bilim insanı olarak hekim ve etik. 2002)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. 2005	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Tutar H. İşyerinde psikolojik şiddet. 2004	Aksu T ve ark.	2009;13(2):69-76
Utaş C. (bkz. Sungur M ve ark. Yoğun bakım ünitesinde devamlı renal replasman tedavisi. 2002)	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Uysal H (bkz. Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik... 2007)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Uz Ş (bkz. Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri... 2009)	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68

Atıfta bulunulan yazar / çalışma adı / yılı	Atıfta bulunan yazar	Atıf yeri
Uzun Ö (bkz. Özer N ve ark. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin gereksinimleri. 2003)	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Uzun Ş (bkz. Başak T ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. 2010)	Öztürk H ve ark.	2009;13(2):77-84
Ülkü D (bkz. Ertekin C ve ark. Bilim insanı olarak hekim ve etik. 2002)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Umman S (bkz. Enç N ve ark. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik... 2007)	Özger Ö	2009;13(2):47-54
Ünlü H (bkz. Akdeniz S ve ark. Yoğun bakım hemşireliği. 2004)	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89
Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. 2003	Gürkan A.	2009;13(1):1-5.
Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. 2003	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Üstün Ç. Ötenazi istemli bir hak mı, cinayet mi? 2002	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Yavuz M. Nursing doctoral education in Turkey. 2004	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Yazıcı Altuntaş S ve ark. Hemşire öğrencilerin kariyer yönelimleri ve bunu etkileyen faktörler. 2005	Çelik S ve ark.	2009;13(2):63-68
Yıldırım GÖ ve ark. Yoğun bakım hemşirelerinin temel yaşam desteğine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. 2008	Türkmen E ve ark.	2009;13(2):55-62
Yıldız S. Akut böbrek yetmezliği. 1992	Durmaz Akyol A.	2009;13(1):13-18.
Yılmazlar A (bkz. Kutlay O ve ark. Anestezi ve yoğun bakımda etik. 2001)	Özer S.	2009;13(1):6-12.
Yürügen B (bkz. Söyük S ve ark. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım... 2001)	Hintistan S ve ark.	2009;13(1):40-46
Zengin N. Hasta ve yakınlarının konforunu etkileyen faktörler. 2010	Özcan İlçe A ve ark.	2009;13(2):85-89

