

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

YOĞUN BAKIM HEMŐİRELIĐİ DERGİSİ

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



YIL(YEAR) 2019

CİLT(VOLUME) 23

SAYI (NUMBER) 2

AĞUSTOS (AUGUST) 2019

DÖRT AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED THREE TIMES A YEAR

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi Türkiye Atıf Dizini'nde indekslenmektedir/ Indexed in Türkiye Citation Index

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU	i
YAZARLARA BİLGİ	ii
ARAŞTIRMA	
Enfeksiyon Servisinde Yatan Hastaların Sağlık Durumları ve Bakım Verenlerin Bilgi Gereksinimleri: Pilot Çalışma <i>Health Conditions of The Patients Hospitalized in An Infectious Diseases Service and Caregivers' Need For Information: Pilot Study</i> Havva SERT, Sebahat Gökçe DOĞAN, Serap ÇETİNKAYA, Meryem PELİN, Ahmet SEVEN.....	57
Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerileri İle Hasta Bakımı Konusunda Zorluk Yaşadıkları Durumlara İlişkin Yaklaşımların Belirlenmesi <i>Determination of Approaches on Communication Skills of Nurses Working in Internal Care Units for Difficulties Experienced on Patient Care</i> Tuğba SARI, Birgül ÖZKAN	64
Bir Kamu Üniversitesine Bağlı Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Profili <i>The Profile of Nurses Working in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to A Public University</i> Gülçin BOZKURT, Besey ÖREN, Neriman ZENGİN, Yasemin ERGÜN, Sibel AFACAN, Meral MADENOĞLU KIVANÇ, Gülbahar KESKİN, Ebru KIRANER	73
Zamanımızın ve Başarımızın Yöneticisi İnternet mi?: Hemşirelik Öğrencileri Örneği <i>Is The Internet The Manager of Our Time and Success?: Nursing Students' Example</i> Merdiye ŞENDİR, Nurdan YALÇIN ATAR, Semra AÇIKSÖZ, Ayşe KABUK, Gamze SÜMER, Sema DOĞAN, Sena Nur AYDIN	81
SİSTEMATİK DERLEME	
Yoğun Bakım Hemşirelerinde Stresin Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yaklaşımlar: Sistematik Bir Derleme <i>Nonpharmacological Approaches to Reduce Stress in Intensive Care Nurses: A Systematic Review</i> Zehra GÖK METİN.....	87

DERLEME

Yoğun Bakımda Hemşirelerin Kullandığı Hasta Değerlendirme Yöntemleri: Teknoloji Ve Fiziksel Muayene Kullanımı <i>Patient Assessment Methods Used by Nurses in Intensive Care: Use of Technology and Physical Examination</i> Ayşegül KORKMAZ DOĞDU, Fatma DURSUN ERGEZEN , Emine KOL	102
Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları <i>Certification Programs in Intensive Care Nursing</i> Gülçin BOZKURT, Emine TÜRKMEN.....	107
Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenme <i>Enteral Nutrition in Intensive Care Patients</i> Derya BIÇAK AYIK, Nuray ENÇ.....	114
Kurum İçi ve Kurumlar Arası Kritik Hasta Transferinde Hemşirelik Bakımı <i>Nursing Care in Intra-and Inter-Hospital Transfer of Critically Ill Patients</i> Ümmü YILDIZ FINDIK, Duygu SOYDAŞ YEŞİLYURT, Ayşe GÖKÇE IŞIKLI.....	123

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

EDİDÖR

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ

DERGİ SAHİBİ

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Adına Sahibi
(Owner on behalf of the Critical Care Nurses Society)
Yasemin AKBAL ERGÜN

YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ (PUBLISHING MANAGER)

Berin İNAL TUNALI

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU (SCIENTIFIC REVIEW BOARD)

- Özlem Akman, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Özgür Alparslan, Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tokat
Serap Balcı, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Dilek Beytut, Dr. Öğr. Üyesi İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir
Sakine Boyraz, Prof. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Aydın
Gülçin Bozkurt, Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Sevim Çelik, Prof. Dr. Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Zonguldak
Esin Çetinkaya Uslusoy, Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta
Fatma Demir Korkmaz, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Özlem DOĞU KÖKCÜ, Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya
Asiye Durmaz Akyol, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Nuray Enç, Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yasemin Ergün, Dr. Öğr. Üyesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Özgül Erol, Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne
Fatma Eti Aslan, Prof. Dr. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Asiye Gül, Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Ayfer Karadakovan, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Aycan KELEZ YAYIK, Uzm. Hem. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
Gülbahar Keskin, Dr. Öğr. Üyesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul
Ebru KIRANER, Uzm. Hem. İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul
Emine Kol, Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya
Meral Madenoğlu Kıvanç, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Mukadder Mollaoğlu, Prof. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Nermin Olgun, Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Gaziantep
Besey Ören, Dr. Öğr. Üyesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Nadiye Özer, Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum
Aklime Sankaya, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Duygu Sönmez Düzkaya, Dr. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul
Hatice Tel Aydın, Prof. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Banu Terzi, Dr. Öğr. Üyesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya
Emine Türkmen, Doç. Dr. Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Esra Uğur, Doç. Dr. Üyesi Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Gülzade Uysal, Dr. Öğr. Üyesi Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Vesile Ünver, Doç. Dr. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Hayat Yalın, Dr. Öğr. Üyesi Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Saadet Yazıcı, Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Hicran Yıldız, Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa
Birsan Yürügen, Prof. Dr. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Neriman Zengin, Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

YAZARLARA BİLGİ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin yayın organıdır. Yılda iki sayı yayımlanır. Yazı dili Türkçedir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayımlanabilir.

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma ön 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 yayımlanmamış bildirimleri, editöre mektupları ve bilimsel toplantı duyurularını yayımlar. Herhangi bir yazının yayımlanması, dergi ve Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bu yazının görüşlerine katıldığı anlamına gelmez. Benzer şekilde, her türlü ticari ürün veya hizmet tanıtım ve reklamın dergide yayımlanması, bu ürün veya hizmetlerin desteklendiğini göstermez. Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

YAYIN DEVİR HAKKI VE YAZILARIN TESLİM EDİLMESİ

Bir yazının dergide yayımlanabilmesi için daha önce başka bir yerde yayımlanmamış olması gerekir. Gönderilen yazı daha önce sözlü olarak sunulmuş ise, bu durum, sunulduğu yer ve tarihiyle birlikte yazının başlık sayfasında belirtilmelidir. Dergi yazı kurallarına uygun olarak hazırlanmış makaleler, tüm yazarlar tarafından imzalanmış, yayın devir hakkı ile birlikte sisteme yüklenmelidir. Yayımlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden alıntı yapmak ya da dergiden alıntı yapmak ya da dergide yayımlanmış herhangi bir malzemeyi kullanmak isteyen tıbbi dergilerin ve kitapların yazılı izin alması ve dergiyi kaynak olarak belirtmesi gerekir. Yayımlanmış herhangi bir malzemeyi kullanmak isteyen tıbbi dergilerin ve kitapların yazılı izin alması ve dergiyi kaynak olarak belirtmesi gerekir.

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

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

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

YAZILARIN GÖNDERİLMESİ

Tüm yazılar dergipark sistemi üzerinden kabul edilecektir. <http://dergipark.gov.tr/ybhd> Mail yolu ile iletilen yazılar değerlendirmeye alınmayacaktır.

Dergipark sisteminde YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ'ne yazar olarak kayıt yapıldıktan sonra yazılarınızı yeni bir makale gönder butonunu tıklayarak ve sistemdeki adımları takip ederek gönderebilirsiniz. Destek için tıklayınız.

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 sayfa yapısında iki satır aralıklı olarak yazılmış şekilde dergipark sistemi üzerinden gönderilecektir.

· 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 sayfadan başlayacak şekilde aşağıdaki sırayı takip etmelidir.

1. Başlık sayfası,
2. Özet (Türkçe ve İngilizce)
3. Metin
4. Teşekkür
5. Kaynaklar
6. Tablolar ve şekiller Başlık sayfası

1. Başlık Sayfası

Başlık sayfasında sırasıyla yazının başlığı, yazarların açık ad ve soyadları, unvanları,

çalıştığı ya da araştırmanın yapıldığı kurumlar, yazışma yapılacak yazarın adresi, telefon, faksı, 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.

2. Özet (Türkçe ve İngilizce):

Amacı okuyuculara ve özet içeren tarama sistemlerine kolaylık sağlamaktır. Bu nedenle özet metni Türkçe ve İngilizce olarak ve özenle hazırlanmalıdır. İngilizce özeti başına makalenin İngilizce başlığının eklenmesi unutulmamalıdır. Her iki dildeki özetle sözcük sayısı 250'yi aşmamalıdır. Her türlü çalışma özetleri Amaç (Objective), Gereç ve Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion) Anahtar Kelimeler (Key Words) başlıklarını içermelidir. Olgu ve derleme özetleri dört başlık olmaksızın tek bir paragraf halinde hazırlanmalıdır.

3. Metin

Giriş, gereç ve yöntem, bulguları, tartışma ve kaynaklar bölümlerinden oluşur. İnceleme yazılarında bu başlıkları zorunlu değildir. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde olgular üzerinde açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç ve yöntemler belirtmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)de bildirilmelidir. Bulgular: Bu bölümde çalışmanın sonuçları verilmelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekli içinde sunulmalıdır. Tabloların çok hacimle olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

Tartışma: Bu bölümde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır. İnceleme ve derleme yazılarında başlıkları 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 journal" (Ann Intern Med 1997;126:36-47) adlı kılavuzun en güncellenmiş şekline uyulmalıdır.

· Kaynaklar ayrı bir sayfaya çift satır aralıkla yazılmalı ve yazıda gösterildiği sıraya göre numaralandırılmalıdır.

· Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanması kabul edilmiş çalışmalar kaynak olarak gösterilebilir.

· 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.

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

· Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örneklere uyulmalıdır

Dergi

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

Nickolaus MJ, Chambers CE, Ettinger SM, Gilchrist IC, Kozak M. Advances in interventional cardiology: beyond the balloon. Nurs Clin North Am 2000;35:897-912.

Kitap

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

Gorman LM, Luna-Raines M, Sultan D. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. Philadelphia: Davis Company; 2002.

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.

Lehmann FG. Psychiatric liaison nursing: a consultation model. In: Stuart GW, Sundeen SJ, editors. Principles and practice of psychiatric nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991. p. 779-94.

Tez

Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemflireliği modeli geliştirme çalışması. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

TABLO VE ŞEKİLLER

Resim ve çizimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekil ve grafiklerin dergide yayınlanabilmesi için, yazarlar dergiye yazı gönderiminden önce gerekli izni almalı ve izin alındığını gösterir belgeyi yazıyla birlikte dergiye göndermelidir. Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik ve elle çizilen şekiller “Şekil” olarak adlandırılır. Resimler parlak fotoğraf kâğıdına net olarak basılmalıdır. Orijinali siyah-beyaz olan fotoğrafların renkli filme çekilip basılmasından kaçınılmalıdır.

Kişinin kimliğinin anlaşılabilceği resimlerde, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli; aksi halde söz konusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır. Yazılarda fotoğrafların renkli yayınlanmasını isteyen yazarlardan maliyete katılmaları ve dia göndermeleri istenebilir. Resimlerin arkasında yazar adı belirtilmemeli; yazı adı, şekil numarası ve şeklin üst kenarını gösteren bir ok bulunan bir etiket yapıştırılmalıdır.

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

YAZARLAR TARAFINDAN UYULMASI GEREKEN ETİK KURALLAR

1. İnsan ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda “Helsinki Bildirgesi”, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu” ve “İyi Laboratuar Uygulamaları Kılavuzu”nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder.
 2. Yazarlar makalenin Gereç ve Yöntem bölümünde ilgili etik kuruldan ve çalışmaya katılmış insanlardan imzalı “Bilgilendirilmiş onam” aldıklarını belirtmek zorundadır.
 3. Yazarlar, makaleleri ile ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler.
 4. Yazar katkısı: Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları açıklanmalı ve kaynaklar bölümünden önce makalede bildirilmelidir.
- Çalışmanın düzenlenmesi, veri toplama ve analiz, yazının hazırlanması.

YAYIN KONTROL LİSTESİ

Yazılar

A4 sayfa yapısında, 2,5 cm kenar boşluklu ve iki satır aralıklı hazırlanmalıdır.

Yazarların tam adresi, telefon, faks ve e-posta adresi

Tüm yazarlarca imzalanmış yayın devir hakkı formu

Türkçe ve İngilizce Özet (250 sözcük)

Makale (dergi yazım kurallarına uygun)

Kaynaklar (dergi kaynak yazım kuralları)

ENFEKSİYON SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN SAĞLIK DURUMLARI VE BAKIM VERENLERİN BİLGİ GEREKSİNİMLERİ: PİLOT ÇALIŞMA

HEALTH CONDITIONS OF THE PATIENTS HOSPITALIZED IN AN INFECTIOUS DISEASES SERVICE AND CAREGIVERS' NEED FOR INFORMATION: PILOT STUDY

Havva SERT^a, Sebahat Gökçe DOĞAN^b, Serap ÇETİNKAYA^c, Meryem PELİN^c,

Ahmet SEVEN^d

ÖZ Amaç: Bu çalışma, enfeksiyon hastalıkları servisinde yatan hastaların sağlık durumlarının ve bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Pilot çalışma, 24 Temmuz-15 Ağustos 2017 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 20 hasta ve refakatçisiyle tanımlayıcı olarak yapıldı. Kurum izni ve etik kurul izni alındıktan sonra, sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KATZ-GYA) kullanıldı. **Bulgular:** KATZ-GYA ile değerlendirilen hastaların %35'inin yarı bağımlı, %15'inin ise bağımlı olduğu saptandı. Çalışmada hastaya bakım verenlerin çoğu ağrı (%70), ödem (%95), ilaç yan etkisi (%85) konularında bilgi eksikliği yaşamaktadırlar. Bakım verenlerin çoğu da ilaç yan etkisi (%60) ve kabızlık durumunda ne yapılması gerektiği (%55) hakkında bilgi almak istemektedir. **Sonuç:** Hastaya bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun ağrı, ödem ve ilaç yan etkileri konularında bilgi eksikliği yaşadığı belirlenirken, genelinde ilaç yan etkileri ve kabızlık durumunda ne yapmaları gerektiğini hakkında bilgi almak istedikleri görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Bakım veren, enfeksiyon, hastalar

ABSTRACT Objective: This study was conducted for the purpose of evaluating the medical conditions of the patients hospitalized in an infectious diseases service and caregivers' need for information. **Methods:** The pilot study was carried out descriptively with 20 patients who had been hospitalized in the infectious diseases service between 24 July 2017-15 August 2017. The data were collected using a question form including socio-demographic characteristics, KATZ Daily Life Activities Scale (KATZ-DLA). **Results:** The patients were evaluated with the KATZ-DLA and it was determined that 35% of them were semi-dependent and 15% were dependent. In the study, most of the caregivers experienced lack of knowledge about pain (70%), edema (95%) and drug side effects (85%). Most caregivers also want to know about drug side effects (60%) and what to do in case of constipation (55%). **Conclusion:** The majority of caregivers lacked knowledge about pain, edema and drug side effects. In general, caregivers wanted to learn about drug side effects and what to do in case of constipation.

Key words: Caregivers, infection, patients

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını 'yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali' olarak tanımlamıştır.¹ Bireylerde fiziksel, sosyal veya mental yönde oluşan herhangi bir fonksiyon kaybı hastalıkla sonuçlanmaktadır. Hastalık yalnızca hasta bireyler için değil onların yakınları için de zorlu ve stresli bir süreçtir. Bu süreçte hasta yakınları bir yandan hastalarının acı çekebileceği, yatağa bağımlı olma korkularını yaşarken bir yandan da hastalarının bakımlarını üstlenmektedirler.² Hasta yakınlarının hem hastane ortamına uyum sağlamaya çalışmaları hem de hastalarının ruhsal ve fiziksel bakımında sorumluluk almaları kaygı ve stres oluşturmaktadır.^{3,4} Refakatçiler, hastalarının sadece hastaneye yatış sürecinde değil bütün hayatı boyunca bakım ve tedavi aşamalarında sorumluluk

almaktadırlar.² Bu nedenle refakatçilerin hastalık ve hastalığa ilişkin durumlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Dolayısıyla hemşirelere, hasta ailelerinin gereksinimlerinin belirlenmesi ve onlara yönelik eğitim ve bilgilendirme yapılması aşamasında önemli görevler düşmektedir.⁴ Bu bilgiler doğrultusunda; bu çalışma enfeksiyon servisinde yatan hastaların sağlık durumları ve bakım verenlerin bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu pilot çalışma, enfeksiyon servisinde yatan hastaların sağlık durumları ve bakım verenlerin bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 24 Temmuz 2017–15 Ağustos 2017 tarihleri arasında Sakarya il

Geliş Tarihi/Received:27.10.2018; Kabul Tarihi/Accepted:13.08.2019

^aDr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, SAKARYA

^bHemşire, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Merkez Eğitim Araştırma Hastanesi, SAKARYA

^cAraş. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, SAKARYA

^dAraş. Gör. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, SAKARYA

Yazışma Adresi/Correspondence: Havva SERT

E-posta: hsert@sakarya.edu.tr

merkezinde bulunan bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinde enfeksiyon servisinde yatan iletişim problemi olmayan tüm hasta (n=20) ve hasta yakınları (n=20) üzerinde tanımlayıcı olarak yapıldı.

Veri Toplama Araçları

Veriler, sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, literatür taranarak oluşturulan bilgi gereksinimi formu ve Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği kullanılarak toplandı. Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği bireylerin banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım ve beslenme aktiviteleri gibi bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Ölçekte puanlar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarına bağlı olarak (bağımlı, bağımsız, yarı bağımlı) her bir aktivite için 1 ile 3 arasında puan verilmektedir. Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre alınan puanlar 0-6 arasında ise bağımlı, 7-12 arasında ise yarı bağımlı, 13-18 arasında ise bağımsız olarak değerlendirilir. Yapılan bir çalışma da ölçeğin Cronbach's α değeri 0.838 olarak bulunmuştur.⁵

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, hastaneden ve etik kuruldan yazılı izinler alındı. Araştırma örneklemini oluşturan hastalardan ve hasta yakınlarından gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuş bilgilendirilmiş onam alınmış ve imzalatılmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi aşamasında SPSS (IBM Statistical Packages for the Social Sciences) 20,0 istatistik programı kullanıldı. Veriler ortalama, standart sapma (Ort \pm SS), sayı ve yüzdelik olarak verildi.

BULGULAR

Hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin durumlarına bakıldığında; %50'sinin kadın, %60'ının ilkökul mezunu, %50'sinin ise çalışmadığı saptandı. Hastaların yaş ortalamalarının 54.90 \pm 17.66, kilo ortalamasının 78.60 \pm 17,61 kg, boy ortalamasının 164.20 \pm 10.08 cm olduğu ve %70'inin fazla kilolu/obez olduğu belirlendi. Hastaların hastaneye yatış nedenlerine bakıldığında sırasıyla idrar yolu enfeksiyonu (%30), bulaşıcı hastalıklar (%5), yumuşak doku enfeksiyonu (%25), gastroenterit (%10), ateş etyolojisi (%5) ve diğer nedenler (diyabetik ayak, peritonit, pnomoni, trombositopeni) (%25) olduğu görüldü. Hastaların %75'i 0-7 gündür serviste yattığı belirlendi. Hastaların %30'una foley

kateter takıldığı, %10'unun basınç ülserine sahip olduğu, %50'sinin beslenme ve boşaltım sorunu yaşadığı belirlendi (Tablo 1). Hastaların ağrı durumlarına bakıldığında ise %20'sinin ağrısının olduğu görüldü. Hastaların %30'unda ise ödem ve hareket kısıtlılığı mevcuttu (Tablo 1).

Katz günlük yaşam aktiviteleri (KATZ-GYA) ölçeğine göre hastaların 3'ünün bağımlı, 7'sinin yarı bağımlı ve 10'nunun bağımsız olduğu saptandı. Cinsiyet, eğitim durumu, hastanede yatış günü, ağrı durumu ve hareket kısıtlaması ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0.05) belirlendi. Ev hanımı olanların %30'unun (6) GYA açısından bağımsız, foley kateter kullananların %10'unun (2), basınç yarası olanların %10'unun (2) ve nörolojik bozukluğu olanların %10'unun (2) GYA açısından bağımlı olduğu saptandı (Tablo 2).

Yaş ortalaması 46.10 \pm 14.80 olan refakatçilerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında ise %85'inin kadın, %60'ının ilkökul mezunu ve %80'inin çalışmadığı belirlendi. Hasta yakınlarının %85'inin daha önceden refakatçilik deneyimine sahip olduğu, %45'inin refakatçi değişimi yapmadığı, hastaya refakat edenlerin çoğunluğunun eşi (%25) ve çocukları (%25) olduğu saptandı. Hasta yakınlarının en çok bilgi almak istedikleri kişilerin hekimler olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Hasta yakınlarının %50'si hastalarına nasıl ağız bakımı vermesi gerektiğini, %70'i ağrısı olduğunda ne yapması gerektiğini, %40'ı damar yolunda neleri gözlemesi gerektiğini bilmediklerini belirtti. Ağız bakımının nasıl yapılacağını bilmeyenlerin %35'i, ağrısı olduğunda ne yapması gerektiğini bilmeyenlerin %50'si, damar yolunda neleri gözlemesi gerektiğini bilmeyenlerin %35'i bilgi almak istediklerini ifade etti. Hasta yakınlarının %60'ı hastalarının kabız olmaması için ne yapması gerektiğini, %55'i ise eve çıktığında ne yapması gerektiğini bilmediklerini ifade ederken, %55'i hastalarının kabız olmaması için ne yapması gerektiğini, %50'si ise eve çıkınca hastalara nasıl bakım vermesi gerektiği hakkında bilgi almak istediklerini belirtti. Refakatçilerin %95'i hastalarında basınç yarası gelişmemesi için ne yapması gerektiğini bilmezken %5'i bu konu hakkında bilgi almak istediğini ifade etti. Hasta yakınlarının %95'i ödemli bölgeye nasıl bakım vereceğini bilmezken bunların %15'i bu konu hakkında bilgi talebinde bulundu (Tablo 4). Hasta

yakınlarının en çok bilgiye sahip olduğu durumlara bakıldığında; hastaya bakım verirken

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Ort	%	N
Yaş	54.90±17.66		
Cinsiyet			
Kadın		50	10
Erkek		50	10
Kilo	78.60±17.61		
Boy	164.20±10.08		
BKİ			
Zayıf		5	1
Normal		25	5
Fazla kilolu		30	6
Obez		40	8
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil		20	4
İlkokul mezunu		60	12
Ortaokul mezunu-lise mezunu		20	4
Mesleği			
Emekli		30	6
Serbest meslek		20	4
Çalışmıyor		50	10
Yatış nedeni			
İdrar yolu enfeksiyonu		30	6
Bulaşıcı hastalıklar (Hepatit, HIV)		5	1
Yumuşak doku enfeksiyonu (selülit)		25	5
Gastroenterit		10	2
Ateş etyolojisi		5	1
Diğer nedenler (diyabetik ayak, peritonit, pnomoni, trombotopeni)		25	5
Hastanede toplam yatış günü			
0-7 gün		75	15
7gün ve üzeri		25	5
Foley kateter kullanma durumu			
Evet		30	6
Hayır		70	14
Basınç yarası			
Evet		10	2
Hayır		90	18
Beslenme sorunu			
Evet		50	10
Hayır		50	10
Boşaltım sorunu			
Evet		50	10
Hayır		50	10
Ağrı			
Evet		20	4
Hayır		80	16
Ödem			
Var		30	6
Yok		70	14
Hareket kısıtlama			
Var		30	6
Yok		70	14

kullanılacak ortak alanlar (%100), hasta ziyaret saatleri (%90), hastayı nasıl besleyeceği (%95), diyetini (%80), dini hizmetler (namaz kılma

yeri) (%75) ve hasta için kullanılan cihazlar (%75) hakkında bilgiye sahip oldukları görüldü (Tablo 4).

Tablo 2. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Hastaların Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Grup	Bağımlı	Yarı bağımlı	Bağımsız	Toplam	X ²	Sd	p
Cinsiyet							
Kadın	2 (%10)	2 (%10)	6 (%30)	10 (%50)	2.019	1	0.474
Erkek	1 (%5)	5 (%25)	4 (%20)	10 (%50)			
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	2(%10)	1 (%5)	0(%0)	3 (%15)	6.329	1	0.117
İlkokul mezunu	1 (%5)	4 (%20)	8 (%40)	13 (%65)			
Ortaokul-lise mezunu	0 (%0)	2 (%10)	2(%10)	4 (%20)			
Meslek							
Serbest meslek	1 (%5)	5 (%25)	4 (%20)	10 (%50)	8.656	1	0.027
Çalışmıyor	2 (%10)	0 (%0)	0 (%0)	2(%10)			
Ev hanımı	0 (%0)	2 (%10)	6 (%30)	8(%40)			
Yatış Günü							
0-7 gün	2 (%10)	7 (%35)	6 (%30)	15 (%75)	5.159	1	0.231
8-15 gün	0 (%0)	0 (%0)	3 (%15)	3 (%15)			
16 gün ve üzeri	1 (%5)	0 (%0)	1 (%5)	2 (%10)			
Foley Kullanımı							
Var	2 (%10)	4 (%20)	0 (%0)	6 (%30)	8.917	1	0.005
Yok	1 (%5)	3 (%15)	10 (%50)	14 (%70)			
Basınç Yarası							
Var	2 (%10)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%10)	7.086	1	0.016
Yok	1 (%5)	7 (%35)	10 (%50)	18 (%90)			
Ağrı							
Var	1 (%5)	1 (%5)	2 (%10)	4 (%20)	0.907	1	1.00
Yok	2 (%10)	6 (%30)	8 (%40)	16 (%80)			
Hareket Kısıtlaması							
Var	2 (%10)	2 (%10)	2 (%10)	6 (%30)	2.325	1	0.349
Yok	1 (%5)	5 (%25)	8 (%40)	14(%70)			
Nörolojik Bozukluk							
Var	2 (%10)	2 (%10)	0 (%0)	4 (%20)	6.323	1	0.024
Yok	1 (%5)	5 (%25)	10 (%50)	16 (%80)			

TARTIŞMA

Çalışma grubundaki hasta yakınlarının %60'ı hekimlerden bilgi almak isterken, %40'ı da hem hekimlerden hem de hemşirelerden bilgi almak istediğini bildirdi. Doğu'nun (2013) çalışmasında hasta bireylerin ameliyatla ilgili %40.2'sinin doktordan, %19.6'sının hemşireden, %31.4'ünün hem doktordan hem de hemşireden, %8.8'inin de herhangi bir sağlık personelinden bilgi aldığı görülmüştür.⁶ Ünlüoğlu ve ark. 1997 yılında diyaliz

hastalarında yaptığı çalışmalarında en çok bilgi almak istedikleri kişilerin doktorlar olduğunu saptanmışlardır.⁷ Şahin ve ark.'nın 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada hastaların bakımı ile çoğunlukla çocukları (%29,4) ve eşleri (%27,5) ilgilenmekteyken bu durum mevcut çalışma ile paralellik göstermiştir.⁸ Ayrıca Ölçüm ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde hastaya en fazla bakım verenlerin çocukları ve eşleri olduğu görülmüştür.⁹

Çalışmada hastaların mevcut durumu (%60) hakkında bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Doğu'nun (2013) çalışmasında ise hastaların %80.4'ünün tıbbi tanılarını hakkında bilgi sahibi

oldukları saptanmıştır.⁶ Çalışmamızda hastalara mevcut durumları hakkında bilgi verildiği fakat enfeksiyon servisinin hasta yoğunluğunun fazla

Tablo 3. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik ve Hasta Refakatine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Ort	%	N
Yaş	46.10±14.80		
Cinsiyet			
Kadın		85	17
Erkek		15	3
Eğitim Durumu			
İlkokul		60	12
Ortaokul-Lise		30	6
Üniversite		10	2
Mesleği			
Emekli		5	1
Serbest meslek		15	3
Çalışmıyor		80	16
Refakatçi deneyimi			
Var		85	17
Yok		15	3
Refakatçi değişim sıklığı			
0 gün		45	9
1-3 gün		40	8
4-7 gün		15	3
Hastaya yakınlık durumu			
Eşi		25	5
Annesi		5	1
Kız kardeşi		10	2
Kızı-oğlu		25	5
Diğer (görümce, gelin)		35	7
En çok bilgi almak istedikleri kişi			
Hekimler		60	12
Hemşire		40	8

olması nedeniyle yeterli bilgi verilmediği düşüncesindeyiz.

Bu çalışmada hastaya bakım verenlerin hasta hakkında bilgi almak istedikleri duruma bakıldığında; hasta yakınlarının en çok hastalarının kullandığı ilaçların yan etkilerini (%60), hastalarının kabız olmaması için neler yapması gerektiğini (%55), hastalarının ağrısı olduğu durumlarda ne yapması gerektiği (%50), hastası eve çıktığında nasıl bakım vermesi gerektiği hakkında bilgi almak istediklerini (%50) görülürken Şahin ve arkadaşlarının (2015) kolorektal sorunu olan hastalar, Çetinkaya ve Aşiret'in (2017) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalar, Güçlü ve Kurşun'un 2017'de genel cerrahi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarda en fazla bilgi alma gereksinimi duydukları alanların tedavi ve

komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, ilaçlar olduğu belirlenmiştir.^{8,10-11} Uzun ve arkadaşlarının (2002) cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta ailelerinin gereksinimleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada en çok bilgi gereksinimlerinin hastalığın prognozu ve gidişatı hakkında olup mevcut çalışmadan farklılık göstermektedir.³ Ünlüoğlu ve arkadaşlarının 1997 yılında diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada en çok bilgi almak istediklerini konuların hastalığın mevcut durumu ve tedavisi olduğu ve bu durumun çalışmamız ile farklılık gösterdiği saptanmıştır.⁷ Bu farklılığın sebebi enfeksiyon servisinde çalışan sağlık profesyonellerinin hastaların mevcut durumu ve gidişatı hakkında daha sık bilgilendirme yapmaları olabilir.

Tablo 4. Hasta Yakınlarının Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bilgiler

	n (%)	n (%)	n (%)
Hasta Yakınlarının Bilgi Gereksinimleri	Evet	Hayır	Bilmiyorum Bilgi almak isterim
1.Hastamın mevcut durumunu biliyorum.	12 (60)	8 (40)	8 (40)
2.Hastam için kullanılan tüm cihazlar hakkında bilgi sahibiyim.	15 (75)	5 (25)	5 (25)
3.Hastama yapılan tüm uygulamalar hakkında (ilaç, bakım uygulamaları, laboratuvar, radyoloji bulguları sonuçları) bilgi sahibiyim.	13 (65)	7 (35)	7 (35)
4.Hastamın ağız bakımını nasıl yapacağımı biliyorum.	10(50)	10(50)	7 (35)
5.Hastamın ağrısı olduğunda ne yapacağımı biliyorum.	6(30)	14(70)	10 (50)
6.Hastanın damar yolunda neleri gözlemem gerektiğini biliyorum.	12(60)	8(40)	7 (35)
7.Hastamın ilaçların nasıl kullanılması gerektiğini biliyorum.	13(65)	7(35)	4 (20)
8.Hastamın kullandığı ilaçların yan etkilerini biliyorum.	3(15)	17(85)	12 (60)
9.Hastamın kabız olmaması için neler yapılması gerektiğini biliyorum.	8(40)	12(60)	11 (55)
10.Hastamın eve çıktığında ne yapmam gerektiğini biliyorum.	9(45)	11(55)	10 (50)
11.Hastamı ne zaman ziyarete geleceğimi biliyorum.	18(90)	2(10)	2(10)
12.Hastama bakım verirken kullanacağım ortak alanları biliyorum (tuvalet, banyo, mutfak, sigara odası, kantin, kirli odası, bekleme odası)	20(100)	0(0)	0(0)
13.Hastamı nasıl besleyeceğimi biliyorum.	19(95)	1(5)	1(5)
14.Hastamın diyeti hakkında bilgim var.	16(80)	2(10)	2(10)
15.Hastamda yatak yarası açılmaması için ne yapmam gerektiğini biliyorum.	1(5)	19(95)	1(5)
16. Hastamın ödemli bölgesine nasıl bakım vermem gerektiğini biliyorum.	1(5)	19(95)	3(15)
17.Dini hizmetler ile ilgili bilgi almak isterim (namaz kılma yeri)	15(75)	3(15)	3 (15)

Çalışmada hasta yakınlarının en çok bilgiye sahip olduğu durumlara bakıldığında; en çok hasta bakımı için kullanılan ortak alanlar, hasta ziyaret saatleri, hastayı nasıl besleyeceği, diyetini, dini hizmetler ve hasta için kullanılan cihazlar hakkında bilgiye sahip oldukları görülürken çalışmadan farklı olarak Çetinkaya ve Aşiret'in (2017), Şahin ve arkadaşlarının (2015), Güçlü ve Kurşun'un (2017) hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda hastaların en az bilgi gereksinimlerinin cilt durumuna ilişkin duygular olduğu saptanmıştır.^{8,10-11} Bu farklılığın nedeni; enfeksiyon servisinde yatan hastaların cerrahi kliniklerde yatan hastalara göre serviste daha uzun süre yatmaları bu nedenle genel hastane kurallarını iyi bilmeleri, cerrahi hastaları kadar cilt ve yara yeri kontrolüne gerek duyulmaması olabilir. Çalışmada Katz günlük yaşam aktivitelerine göre hastaların çoğunluğunun (%50) bağımsız olduğu saptandı. Enfeksiyon servisinde yatan hastalara ilişkin günlük yaşam aktivitelerini

inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Yaşlı bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada bireylerin %83'ünün tüm aktivitelerde bağımsız olduğu saptanmış olup çalışma ile paralellik göstermektedir.¹² Mevcut çalışmadan farklı olarak Taşdelen ve Ateş'in (2012) çalışmasında hastaların genel aktivitelerde bağımlı oldukları belirtilmektedir.¹³ Bu farklılığın nedeni çalışmamızın enfeksiyon servisinde yatan tüm yaş gruplarını kapsamaması ve çeşitli tanıları içinde barındırmasından kaynaklanmaktadır.

SONUÇ

Çalışmada hastaya refakat edenlerin genel hastane kurallarını iyi bildiği görülmüştür. Hastaya bakım verenlerin hasta hakkında bilgi almak istedikleri duruma bakıldığında ise; hasta yakınlarının en çok ilaçların yan etkileri, boşaltım sorunları, ağrı durumları ve evde bakım hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hasta ve ailelerine eğitim

vermesi önerilebilir. Ayrıca hastaların %15'nin günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda bağımlı ve yarı bağımlı hasta gruplarının yaşam kalitelerinin artırılması, kişisel ihtiyaçlarının karşılanması için refakatçilerin ihtiyaç duydukları bilgilerin verilmesi önerilir. Araştırmanın farklı kurumlar ve daha büyük örneklem grubu ile farklı değişkenlerin de sorgulandığı çalışmalara da ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> Erişim tarihi: 15.03.2019.
2. Öner B, Güldal D, Şemin S. Hastanelerde neden refakatçi kalıyorlar? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007;5(1-4):18-21.
3. Uzun Ö, Özer N, Akyıl RÇ. Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002;34(2):39-45.
4. Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1):33-38.
5. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK. et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr 2015;61(3):344-350.
6. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2013;3(3):10-13.
7. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. Türk Turk Neph Dial Transpl 1997;3-4:125-130.
8. Şahin SY, İyigün E, Açikel C. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin 2015;14(5):401-405.
9. Ölçüm Hİ, Özşen K, Diken Aİ, Yazla E, Karadere ME. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım birimlerinde hasta yakınının gereksinimleri: anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. Yoğun Bakım Derg 2018;9(3):63-7.

10. Çetinkaya F, Aşiret GD. Dahili ve cerrahi kliniklerdeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. DEUHFED 2017;10(2):93-99.

11. Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;20(2):107-113.

12. Sonn U. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. Scand J Rehabil Med Suppl. Supplement 1996;34(1):1-35.

13. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. HEAD 2012;9(3):22-29.

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİLERİ İLE HASTA BAKIMI KONUSUNDA ZORLUK YAŞADIKLARI DURUMLARA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARIN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF APPROACHES ON COMMUNICATION SKILLS OF NURSES WORKING IN INTERNAL CARE UNITS FOR DIFFICULTIES EXPERIENCED ON PATIENT CARE*

Tuğba SARI^a, Birgül ÖZKAN^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin terapotik iletişim becerileri ile bakım verdikleri hastalarda zorlandıkları durumlara yaklaşımları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma, tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmayı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde (reanimasyon yoğun bakım 3. basamak, koroner yoğun bakım 2. basamak, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım 3. basamak, dahiliye-nöroloji yoğun bakım 2. basamak, genel cerrahi yoğun bakım 2. basamak ve göğüs yoğun bakım 2. basamak) çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturmuştur. Toplam 100 hemşire araştırmaya katılmıştır. Veri toplama formu, literatürden yararlanılarak oluşturulmuş ve İletişim Beceri Envanteri kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler test, t testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelerin, %62'si yoğun bakımda kendi istekleri dışında çalıştıklarını ve %68' i hastalarıyla iletişim sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. İletişim sorunu yaşayan hemşirelerin; %26'sı sürekli bir şeyler isteyen, sorular soran ve hemşireyi yanına çağıran hastaları; %20'si söylenen, kızan ve bağırarak hastaları zor hasta olarak tanımlamış ve iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. İletişim sorunu yaşayan hemşirelerin; %55'i bakım verirken problem yaşadığını belirtmiştir. İletişim sorunu yaşayan hemşirelerin; %37'si servis sorumlu hemşiresinden yardım alarak; %23'ü anlık çözümler üretmekle problemi çözmeye çalışarak iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları hastalara karşı tutumlarını belirtmişlerdir. **Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta iletişiminde güçlük yaşadıkları ve güçlüklerin nedenleri olarak ise; hastanın kişilik özelliklerinden, hastalığa verdiği tepkilerden ve hemşirelerin hastalarla iletişime geçerken sergiledikleri tutum ve iletişim konusundaki bilgi eksikliklerinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yoğun bakım hemşiresi, hemşire-hasta iletişimi, iletişimde zorluk yaşanan durumlar, hemşirelerin zor durumlara yaklaşımı

ABSTRACT Objective: This study was conducted as descriptive in order to determine the relationship between the communication skills of nurses working in intensive care units and their approach to the situations they are challenged with. **Methods:** This study is descriptive. It is formed by nurses of Ankara Yıldırım Beyazıt University, Atatürk Training and Research Hospital intensive care units (reanimation intensive care unit level 3, coronary intensive care level 2, cardiovascular surgery intensive care level 3, internal medicine-neurology intensive care level 2, general surgery intensive care level 2 and thoracic intensive care level 2). A total of 100 nurses participated in the research. Data collection form was created by using literature and communication skill inventory was used. In the analysis of the data, percentage tests, t tests were used. **Results:** 62% of the nurses stated that they worked outside their will in intensive care unit and 68% stated that they had communication problems with their patients. Nurses who had communication problems stated that; 26% of the patients were constantly asking questions, demanding and calling the nurse; 20% of the patients were angry and shouting as challenging patients and had difficulty in communicating. Nurses who had communication problems stated that; 55% were on patient care. Nurses who had communication problems stated their attitudes towards the patients they had difficulty in communicating; 37% were assisted by the service head nurse; 23% of them tried to solve the problem by producing quick solutions. **Conclusion:** According to the results of the research; the vast majority of nurses in intensive care units have difficulty in communicating with patients and the reasons for their difficulties are; the patient's personality traits and the reactions to their disease, nurses' lack of knowledge about communication and their attitudes when communicating with patients.

Key words: Intensive care nurse, communication, nurse-patient communication, communication difficulties, approach to the difficult situation of nurses

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, en üst düzeyde yarar

sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı, teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, interdisipliner bir ekip yaklaşımının zorunlu

*28-30 Mart 2018 tarihleri arasında Fransa'da yapılan Psychiatrie Et Nouvelles Technologies: Enjeux Et Perspectives'te poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received:06.04.2019; Kabul Tarihi/Accepted:22.08.2019

^aHemşire, Bilkent Şehir Hastanesi, ANKARA

^bDoç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ANKARA

Adresi/Correspondence: Tuğba SARI

E-posta: tubaasari@gmail.com

olduğu üniteler olarak bilinmektedir.¹ YBÜ' ler hastaların sürekli ve kesintisiz yakından izlendiği, daha sık invaziv girişimlerin uygulandığı, mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu birimlerdir.² Bundan dolayı YBÜ'nde kalmak hastalar için strese neden olmakta ve bu durumdan dolayı hastalarda duygusal değişiklikler ortaya çıkmaktadır.³ Yoğun bakım ünitelerinde çalışan ekip üyeleri; hemşire, hekim, fizyoterapist ve diyetisyenlerden oluşmaktadır. Bu ekibin önemli ve temel üyesi olarak yoğun bakım hemşireleri yer almaktadır. Yoğun bakım hemşireliği (YBH)'nin amacı; bakım alan bireylerin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini yeniden sağlamasına yardım etmektir. Yoğun bakım hemşireleri bakım alan bireylerin ve ailelerin kaynaklarını, bireylerin bütünlüğünü ve kişiler arası ilişkilerini desteklemek, bakım alan bireyler ve çevre arasındaki etkileşimi güçlendirmeye yardım etmektedir.² Akut olarak yaşamı tehdit eden hastalığı olan ya da böyle bir hastalık gelişmesi beklenen bireylere bakım verilen yoğun bakım ünitelerinde iletişim daha fazla önem kazanmaktadır.²⁻⁴ Hastaya yardım edebilmek için bakım verilen bireye ulaşmak, bireye değer vermek, bireyi anlamaya çalışmak, onunla ilgilenmek, onun farkına varmak ve ona güvenmek oldukça önemlidir. İletişimin etkili olmasının ölçütü bireylerin kendilerini anlaşılmış hissetmeleri olarak bilinmektedir.⁵ Hemşirelik bakımında, hemşirelerin bakım verdiği bireylere ulaşmasını sağlayan en temel araç iletişim bilgi ve becerisi olmaktadır.^{6,7} Sağlığını yitiren ve hastaneye yatan bireyler için alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerin olması, stres ve belirsizlik gibi duyguların ele alınması nedeniyle iletişimin yoğun bakım hemşireliği için önemli bir konu olduğu bilinmektedir.⁸ Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım verdikleri hastalar ile ilişkilerinde bakıma ilişkin zorluk yaşadıkları durumlar ile hemşirelerin duyguları ve yaklaşım becerileri önem kazanmaktadır. Hemşirelerin bakımında karşılaştıkları ve sorun olarak tanımladıkları davranışların; sürekli istekte bulunma, çok soru soran, duygusal yoğunluğu olan, ağlayan, öfkeli, agresif, anksiyeteli, tedaviyi reddeden, ölümle ilgili konuşan, ağrısı olan, entübasyon nedeniyle kendini ifade etmekte güçlük yaşayan hastalar olarak ifade edilmektedir.⁹ Sorun yaşanan hastalarla iletişim güçlüklerinin nedenleri incelendiğinde; öne çıkan nedenler;

hemşirelerin etkisiz iletişim kurmaları, iş tempolarının yoğun olması vb durumlar nedeni ile bakım verdikleri hastaya yeterince zaman ayıramadıkları, hastaların gerçek sorunlarını fark edemedikleri bilinmektedir.^{8,10,11} Yoğun bakım ünitelerinde hemşire-hasta iletişiminin önemi ve etkinliğini anlayabilmenin yanında hemşirelerin zorlu deneyimlerle başa çıkabilmesi gerekmektedir. Hemşireler hastalarla zorluk yaşadığı davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, hastaların sorunlarını ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini bulmaya çalışmalı, zor durumun kendisinde suçluluk duygusu yaratabilecek pasif ya da saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya koymasını teşvik etmelidirler. Aynı zamanda zorluk karşısında kendi tepkilerinin de farkında olmalı ve davranışlarını kontrol edebilmesi gerekmektedir.^{12,13,14}

Terapotik iletişim tedavide önemli bir bakım yaklaşımı olmaktadır. Yaşamın her döneminde var olan, ancak hastalık durumunda daha da önem kazanan iletişim becerisi tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyle ilk karşılaşmadan itibaren dikkate alınması gereken bir beceri olmaktadır. Hastalarla hemşirelerin iletişimlerini inceleyen araştırmalar, ilgili literatür incelendiğinde hemşirelerin gerek hastalarla gerekse hekim hemşire arasındaki iletişim eksikliğinden dolayı sorunlar yaşandığı görülmektedir.⁶ Hasta ile iş birliği yaparak bakım ve tedavisine katılımını sağlamak için iletişim gereklidir.¹⁵ Etkili ve doğru bir iletişim kurabilmek için, hemşirenin bakım verdiği hastası ile ilişkisinde güven duygusunun geliştirilmesi, hastanın psikososyal bütünlüğünün devamı ve etkili bir hemşirelik bakımının sağlanması için gerekli olmaktadır.^{16,17}

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Ankara ilinde üniversiteye bağlı eğitim araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ile bakım verdikleri hastalarda zorlandıkları durumlara yaklaşımları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Aralık-Mayıs 2016 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapıldı. Araştırmanın evrenini, hastaların yatarak tedavi

gördüğü reanimasyon yoğun bakım, koroner yoğun bakım, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım, dahiliye-nöroloji yoğun bakım, genel cerrahi yoğun bakım ve göğüs yoğun bakım ünitelerinde çalışan 120 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmanın yapıldığı tarihte izinli olan beş hemşire ve çalışmaya vakit ayıramayacaklarını ve anket doldurmak istemediklerini belirten 15 hemşire çalışmanın dışında kaldı ve çalışmanın örneklemi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 100 hemşire oluşturdu. Bu araştırmada veri toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, “İletişim Becerileri Envanteri (İBE)” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında uygulama yapılacak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, eğitim durumu, vardiya şekli, kendi isteği ile biriminde çalışıp çalışmadığı, bakım vermekte zorlanılan hasta ile iletişim özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan toplam 14 soru yer almaktadır.

İletişim Becerileri Envanteri

Bireylerin iletişim becerileri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilmiş 5 li likert tipi bir envanterdir. Balcı ve Ersanlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında envanterin güvenilirliğini ölçmek için yapılan analizde $r = .64$ ve test tekrar test sonucunda ise $r = .68$ bulunmuştur. Envanterin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı $r = .72$ 'dir. Ölçek toplam 45 sorudan oluşmakta olup elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45'dir. Ölçek bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplamına bakarak bireyin genel iletişim beceri düzeyi belirlenebilir. Her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15'dir. Hangi alt ölçekteki puanı yüksek ise iletişim becerisi açısından o alt boyutta daha iyi olduğu söylenebilir. Ölçeğin tamamı için ise, puanların

yüksekliği o bireyin iletişim beceri düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.¹⁸

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından ilgili kuruma gidilerek toplandı. Veri toplama formları hemşirelere dağıtılmış, araştırmanın amacı anlatılmış ve formlar hemşirelerin kendileri tarafından dolduruldu. Formların doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüş, uygulama için herhangi ek bir açıklama yapılmamıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurul onayı alındıktan sonra gerekli kurum izinleri alınarak başlandı. Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından hastanenin reanimasyon yoğun bakım, koroner yoğun bakım, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım, dahiliye-nöroloji yoğun bakım, genel cerrahi yoğun bakım ve göğüs yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen hemşirelere veri toplama araçları uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bulgular, SPSS 24.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi yüzdeler, farklılıkları incelemek üzere t testi yapılmıştır ve $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin %68'i 26 – 30 yaş grubunda, %23'ü 18 – 25 yaş grubunda, %54'ü de evli olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde; %29'u lise ve %71'i lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında, %75'inin 1 – 5 yıl arasında olduğu, %24'ünün 6 – 10 yıl arasında çalışma deneyimine sahip olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin, %62'si yoğun bakımda kendi istekleri dışında çalıştıklarını ve %68' i hastalarıyla iletişim sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	18 – 25	23	23
	26 – 30	68	68
Cinsiyet	Kadın	71	71
	Erkek	29	29
Medeni Durum	Evli	54	54
	Bekar	46	46
Kendi İsteği ile Çalışma Durumu	Evet	38	38
	Hayır	62	62
Eğitim Durumu	Lise	29	29
	Lisans ve üzeri	71	71
Çalışma Süresi	1 – 5 yıl	75	75
	6 – 10 yıl	24	24
İletişim Sorunu Yaşama Durumu	Evet	68	68
	Hayır	32	32

İletişim sorunu yaşayan hemşirelerin; %26'sı sürekli bir şeyler isteyen, sorular soran ve hemşireyi yanına çağıran hastaları; %20'si söylenen, kızan ve bağırان hastaları; %16'sı çok

ağrısı olan, sürekli bağırان hastaları; %13'ü ağlayan hastaları zor hasta olarak tanımlamış ve iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin İletişim Güçlüğü Yaşama Durumlarına Göre Zor Hasta Olarak Belirtilen Hastalar (n=100)

Zor Hasta Olarak Belirtilen Hastalar	n	%
Hasta sürekli bir şeyler istiyor, sorular soruyor ve hemşireyi yanına çağırıyor	26	26
Hasta söyleniyor, kızıyor ve bağırıyor	20	20
Hastanın çok ağrısı var, sürekli bağırıyor	16	16
Hasta ağlıyor	13	13

İletişim sorunu yaşayan hemşirelerin; %37'si servis sorumlu hemşiresinden yardım alarak; %23'ü anlık çözümler üreterek probleme çözüm bulan; %15'i hasta, hasta yakını, hemşire, doktor iş birliği kurarak; %13'ü empati

kurarak ve %12'si de sakin, sabırlı ve güler yüzlü olarak iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları hastalara karşı tutumlarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin İletişim Güçlüğü Yaşadıkları Durumlara Karşı Belirtilen Yaklaşımlar (n=100)

Hemşirelerin Hastalara Karşı Yaklaşımları	n	%
Servis Sorumlu Hemşiresinden Yardım Almak	37	37
Anlık Çözümler Üreterek Problemi Çözmeye Çalışmak	23	23
Hasta, Hasta Yakını, Hemşire, Doktor İş birliği Kurmak	15	15
Empati Kurarak	13	13
Sakin, Sabırlı Ve Güler Yüzlü Olarak	12	12

Tablo 4' te görüldüğü gibi hemşirelerin iletişim becerileri puan ortalaması 3,4833±0,23 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iletişim beceri puanları genel iletişim becerisi, davranışsal iletişim becerisi, zihinsel iletişim becerisi ve

duygusal iletişim beceri puanları arasında anlamlı derecede farklılıklar bulunmaktadır (p<0.05).

Tablo 4. Hemşirelerin İletişim Beceri Envanteri Puanları Dağılımı (n=100)

Genel İletişim Becerisi	Davranışsal İletişim Becerisi	Zihinsel İletişim Becerisi	Duygusal İletişim Becerisi
X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
3,4833±0,23	3,5087±0,27	3,4747±0,30	3,4667±0,23

Kadın hemşirelerin genel iletişim beceri puan ortalaması (davranışsal, duygusal, zihinsel), erkek hemşirelere göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=3.248, p=0.002). Hemşirelerin 26-30 yaş arası olanların, 18-25 yaş arasında olanlara göre genel iletişim beceri puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (t=3.715, p=0.001). Lisans mezunu hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre iletişim puan ortalamaları yüksektir ve bu fark istatistiksel

olarak anlamlıdır (t=5.00, p=0.001). Hemşirelerin nöbet tutma durumlarına göre nöbet tutan hemşirelerin genel ve davranışsal iletişim beceri puanları nöbet tutmayanlara göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2.529 p=0.014, t=3.768 p=0.001). Hemşirelerin yoğun bakımı isteyerek seçip seçmeme durumlarına göre genel iletişim beceri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre İletişim Becerileri Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Hemşirelerin Bazı Özellikleri	İletişim Becerileri Envanteri			
	Genel İletişim Becerisi	Davranışsal İletişim Becerisi	Zihinsel İletişim Becerisi	Duygusal İletişim Becerisi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet				
Kadın (n=71)	3.5296±0.20	3.5531±0.23	3.5136±0.27	3.5221±0.20
Erkek (n=29)	3.3701±0.26	3.4000±0.32	3.3793±0.34	3.3310±0.24
	t=3.248 p=0.002	t=2.615 p=0.010	t=2.064 p=0.042	t=4.005 p=0.001
Yaş				
18-25 yaş(n=23)	3.3527±0.21	3.4174±0.26	3.2812±0.30	3.3594±0.21
26-30 yaş(n=68)	3.5422±0.20	3.5559±0.24	3.5480±0.26	3.5225±0.21
	t=3.715 p=0.001	t=2.266 p=0.26	t=3.982 p=0.001	t=3.114 p=0.002
Eğitim Durumu				
Lise (n=29)	3.3188±0.24	3.3011±0.26	3.2759±0.35	3.3793±0.22
Lisans (n=70)	3.5508±0.19	3.5905±0.22	3.5590±0.23	3.5029±0.22
	t=5.001 p=0.001	t=5.457 p=0.001	t=4.689 p=0.001	t=2.457 p=0.016
Nöbet Tutma Durumu				
Evet (n=61)	3.5403±0.17	3.5792±0.18	3.5202±0.30	3.5213±0.22
Hayır (n=14)	3.3794±0.22	3.3095±0.25	3.4286±0.22	3.4000±0.18
	t=2.529 p=0.014	t=3.768 p=0.001	t=1.062 p=0.292	t=1.856 p=0.067
İstek Durumu				
Evet (n=38)	3.5099±0.25	3.5281±0.30	3.5053±0.27	3.4965±0.26
Hayır (n=62)	3.4670±0.21	3.4968±0.25	3.4559±0.31	3.4484±0.21
	t=0.892 p=0.375	t=0.554 p=0.581	t=0.797 p=0.428	t=1.005 p=0.317

TARTIŞMA

İletişim güçlüğü yaşayan yoğun bakım hemşirelerinin iletişim kurmakta zorlandığı hasta davranışları incelendiğinde, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%68) sürekli bir şeyler isteyen, sorular soran ve hemşireyi yanına çağıran, söylenen, kızan ve bağırarak, çok ağrısı olan ve ağlayan hastaları zorluk yaşadıkları hasta olarak tanımlamış ve iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Çıtak ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin %74.7'sinin tedaviyi reddeden, çok ağrısı olan, sürekli bağırarak ve sorular soran hastalarla iletişim sorunları yaşadıkları belirtilmiştir.¹⁹ Kahraman ve Bostanoğlu (2012)'nin iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmada çoğunlukla öfkeli ve tedaviyi reddeden hastalarla, konfüze/deliryumda olan

hastalarda iletişim güçlüğü yaşandığını belirtmişlerdir.⁸ Doğan, Güler ve Kelleci (2001)'nin klinik ortamda yaptığı çalışmada hemşireler hastaların kendilerine bağırması, tedaviyi ve bakımı reddetme gibi doğrudan ve dolaylı öfke ifade eden davranışlarla karşılaştığını belirtmişlerdir.²⁰ Etkili iletişimin oluşmasını engelleyen birçok etken bulunmaktadır. Etkili iletişimde verilen mesaj karşısındaki birey tarafından anlatılmak istenen anlamda anlaşılmalı ve yorumlanmalı kişiler arasında etkili iletişim oluşmaktadır. Fakat verilen bu mesaj anlatılmak istenenenden farklı bir şekilde anlaşılmalı iletişimde sorunlar oluşmaktadır.²¹ Verilen mesajın karşısındaki kişi tarafından doğru bir şekilde anlaşılması ve uygun cevabın verilmesi gerekmektedir.

Çalışmada hemşirelerin iletişim sorunu yaşama puanları $3,4833 \pm 0,23$ şeklinde bulunmuştur ve iletişim sorunu yaşayan hemşirelerin güçlükle yaşadığı durumlarda servis sorumlu hemşiresinden yardım alarak ve anlık çözümler üretmek problemi çözmeye çalıştıkları görülmüştür. Çıtak ve ark. (2011) 'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu iletişim kurmakta zorlandığı, iletişim sorunu yaşadığı durumlarda/hastalarda servis sorumlusundan yardım aldıklarını belirtmişlerdir.¹⁹ Hemşirelerin iletişim becerileri, hasta ve ailesiyle iletişimlerini kolaylaştırır, hasta memnuniyetini ve hasta bakım kalitesini olumlu yönde artırır²² ve hemşire ile hasta arasındaki terapötik ilişkiyi sağlar⁵ kendilerini ve bakım verdikleri hastaları daha iyi anlayabilmelerini de kolaylaştırır bunun yanı sıra hemşirelerin duygularını ifade etmesini ve problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur.²³ Avşar ve Kaşıkçı (2010)'nın yaptığı çalışmada iletişim becerileri ve kritik düşünme gibi özelliklerin hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında etkili olduğu sonucuna varmışlardır.⁷

Çalışmaya katılan hemşirelerin yoğun bakımı isteyerek seçip seçmeme durumlarına göre genel iletişim beceri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çavuş (2006)'un yoğun bakımda yapmış olduğu çalışmada kendi isteğiyle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire grubunun, tayin/atama nedeniyle yoğun bakım ünitesinde çalışan gruptan daha fazla memnun oldukları saptanmıştır.²⁴ Kahraman ve Bostanoğlu (2012) hemşirelerin %29.3'ünün kendi isteği ile yoğun bakımda çalışmaya başladıklarını ve çoğunluğunun ise yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktan dolayı memnuniyet ifade ettikleri belirtilmiştir.⁸

Hemşirelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe iletişim becerileri düzeylerinin davranışsal alt boyutunun duygusal ve zihinsel alt boyutlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kumcağz ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyinin iletişim becerilerinin davranışsal alt boyutunu etkilediği, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin iletişim becerilerinin davranışsal alt boyutunun diğer eğitim düzeyindekilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Kahraman ve Bostanoğlu (2012) yoğun bakımda yaptığı çalışmada lisans ve üzeri eğitim alan hemşirelerin yoğun bakım hastası üzerinde sözel olmayan iletişimin bakım ve tedavi

sürecinde daha etkili olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir.⁸ Yoğun bakım hemşireliğinde eğitim seviyesinin artması ve sözel-sözel olmayan iletişim becerileri ile yoğun bakım hastasının iyileşme sürecinde daha fazla katkısı olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin 26-30 yaş arası olanların, 18-25 yaş arasında olanlara göre genel iletişim becerilerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Kahraman ve Bostanoğlu (2012)'nin çalışmasında yoğun bakım hemşireleri arasında 25-29 yaş grubunun iletişimde daha çok güçlük yaşama durumları bir olasılıkla yaşadıkları tükenmişlik duygusunun ve düşük iş doyumunun yansımaları olarak düşünülmektedir.⁸ Bu sonuca göre çalışma ile literatür uyumluluk göstermemektedir.

Nöbet tutma durumunun hemşire hasta iletişiminde olumsuz durumlara neden olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin nöbet tutma durumlarına göre nöbet tutan hemşirelerin genel ve davranışsal iletişim beceri puanları nöbet tutmayanlara göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kumcağz ve ark. (2011) çalışmasına göre hemşirelerin nöbet tutma durumlarına bakıldığında genel iletişim beceri düzeyleri ile alt boyutlarına göre farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.¹⁴

SONUÇ

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta iletişiminde güçlük yaşadıkları ve bu sorunu çözmek için sıklıkla sorumlu hemşirenin çözüm bulmasını beklemek gibi yanlış davranış tutumu sergiledikleri belirlenmiştir. Güçlüklerin nedenleri olarak ise; hastaların kişilik özellikleri, hastalığa verdiği anlam ve tepkiler oluşturmakta hemşireler için güçlük yaşama nedenleri ise hastalarla iletişim yaşarken sorun yaşama korkusu, yaşadığı sorunlara kendisi çözüm üretememesi ve hastanın davranışlarını anlayıp yorum yapamamasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşireler yoğun bakım ortamında hasta bireylere bakım verirken öncelikle anlamayı daha sonra anlaşılmayı beklemelidirler. Hemşire kendini tanımaya çalışmalı, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalıdır. Bu şekilde bakımın kaliteli olmasını sağlayacaktır.

Hemşirelerin hastalarla yaşadıkları iletişim güçlüklerine yönelik olarak hemşirelerin hastalara yaklaşımı ve davranışlarını anlamaya çalışarak sorunlara yönelik problem çözüme

becerisi kazandırmak ve iletişim becerilerini geliştirme amaçlı eğitimler düzenlenmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi 2011;2(1):21-5.
2. Dolan TJ. Critical care nursing: an introduction. In: Ruppert DS, Kernicki GJ, Dolan TJ (Eds). Critical care nursing clinical management through the nursing process. 2nd Ed. Philadelphia: FA Davis Company, 1996. p. 3-4.
3. Öz F. Duyusal yoksunluk ve duygusal yüklenme. sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ; 2004. p.206-28.
4. Essary Ac, Symington L. How to make the 'difficult' patient encounter less difficult. Jaapa 2005;18(5):49-54.
5. Wolf Z, Smith G. Strategies used by clinical nurse specialists in "difficult" clinician patient situations. Clinical Nurse Specialist 2007;21(2):74-84.
6. Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle üniversitesi araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2007;15(59):68-74.
7. Avşar G, Kaşıkçı M. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilim Dergisi 2010;13:1-6.
8. Bayrak Kahraman B, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15:4.
9. Macdonald M. Origins of difficulty in the nurse patient encounter. Nursing Ethic, 2007;14(4):510-521.
10. Dolan TJ. Critical care nursing: an introduction. In: Ruppert DS, Kernicki GJ, Dolan TJ (Eds). Critical care nursing clinical management through the nursing process. 2nd Ed. Philadelphia: FA Davis Company, 1996:3-4.
11. Nural N, Alkan S. Mekanik ventilasyonda olan hastalarla iletişim: olgu sunumları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1)
12. Kara B. Yoğun bakım hemşirelerinin bilinci kapalı hastayla iletişim-etkileşim konusundaki yaklaşımı. [Yüksek Lisans Bitirme Projesi], Malatya: İnönü Üniversitesi; 2014.
13. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Ü Hemşirelik YO Dergisi 2005;9: 49-54.
14. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Avcı Aydın İ. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(1):49-56.
15. Merkel L. Managing the difficult patient and boundary issues. September 8, Retrieved June 28, 2010. P. 1-36.
16. Uyer G. Hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Laws&History 2000;8(2):90-4.
17. Terakye G. Başarılı iletişim ve hasta yararına iletişimi geliştirenler. hemşirelikte iletişim ve hasta- hemşire ilişkileri. 2. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1994. p.109-30.
18. Ersanlı K, Balcı S. İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1998;2:7-12.
19. Akgün Çıtak E, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "zor hasta" olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011;1(13):35-44.
20. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(1):26- 32.
21. Özcan A. Hemşire hasta ilişkisi ve iletişim. hemşire hasta ilişkisi ve iletişim. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2006. p. 24-57.
22. Wilson, Glenn. operator functional state assessment: Technical Report, Paris North Atlantic Treaty Organisation (NATO), Research And

- Technology Organisation, Neuilly-Sur-Seine Cedex, France 2004. p.1-2.
23. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Ü Hemşirelik YO Dergisi 2001;5:69-74.
24. Çavuş E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

BİR KAMU ÜNİVERSİTESİNE BAĞLI HASTANELERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROFİLİ

THE PROFILE OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS OF HOSPITALS AFFILIATED TO A PUBLIC UNIVERSITY

Gülçin BOZKURT^a, Besey ÖREN^b, Neriman ZENGİN^c, Yasemin ERGÜN^d,

Sibel AFACAN^e, Meral MADENOĞLU KIVANÇ^f, Gülbahar KESKİN^f, Ebru KIRANER^g

ÖZ Amaç: Bir kamu üniversitesine bağlı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin profilini incelemektir. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın, evrenini 2014 yılında bir kamu üniversitesine bağlı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 329 hemşire oluşturdu. Herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyip araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 202 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacıların literatür doğrultusunda geliştirdiği, açık ve kapalı uçlu olmak üzere 22 sorudan oluşan anket formu ile toplandı. **Bulgular:** Katılımcılar ortalama 29,68±5,35 yaşında, %92'si hemşire, %8'i ebe/acil tıp teknisyeni ve %62,9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %39,6'sının mezuniyeti takiben yoğun bakımda görevlendirildiği, %54,5'inin yoğun bakım hemşireliği sertifikası olduğu, alana özgü yayın takibi (%24,3) ve dernek üyeliğinin (%14,9) düşük düzeyde olduğu görüldü. Hemşirelerin %70,3'ünün yoğun bakımda kendi tercihiyle çalıştığı, %63,9'unun üniteye çalışmaktan memnun olduğu, %92'sinin sorumlulukları dışında işler yaptığı, %96,5'inin aldığı ücreti yeterli bulmadığı ve %69,8'inin çok sık sağlık sorunu yaşadığı saptandı. **Sonuç:** Yoğun bakımlarda hemşirelerin dışında ebe ve acil tıp teknisyenleri de çalışmaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık yarısının yoğun bakım hemşireliği sertifikası mevcuttur. Çalışanların büyük çoğunluğu sorumlulukları dışında dolaylı işleri yapmakta ve aldığı ücreti yeterli bulmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, profil, yoğun bakım

ABSTRACT Aim: To examine the profile of nurses working in intensive care units of hospitals affiliated to a public university. **Materials and Methods:** The universe of this descriptive study consisted of 329 nurses working in intensive care units of hospitals affiliated to a public university in 2014. No sample selection was made and the study was conducted with 202 nurses who agreed to participate in the study. The data were collected by a questionnaire consisting of 22 open and closed ended questions developed by the researchers in line with the literature. **Results:** The participants were 29.68 ± 5.35 years old, 92% nurse, 8% midwife / emergency medical technician and 62.9% of them were bachelors. 39.6% of the participants were assigned to intensive care unit following their graduation and 54.5% had intensive care nursing certificate, domain-specific publication tracking (24.3%) and association membership (14.9%) was found to be low. It was found that 70.3% of nurses worked in intensive care with their own preference, 63.9% were satisfied to work in the unit, 92% did job outside their responsibilities, 96.5% of the wages were not enough and 69.8% had frequent health problems. **Conclusion:** In addition to nurses, midwives and emergency medical technicians work in intensive care units. Approximately half of the intensive care workers have an intensive care nursing certificate. The majority of the employees do indirect work outside their responsibilities and do not find the salary they receive sufficient.

Key words: Nurse, profile, critical care

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların bakıldığı, teknik donanım, insan gücü profili ve profesyonel kapasitesi açısından farklı ve özel birimlerdir. Bu ünitelerde hasta profilini, yaşamla ölüm arasındaki çizgide farklı hastalıkları olan, ameliyat sonrası veya travma nedeni ile hemodinamisi bozulmuş, koma, şok,

ve çeşitli destekleyici aletlere gereksinimi olan, korunma reflekslerinden yoksun riskli hastalar oluşturur.¹⁻⁴ Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hızlı ve yoğun bir tempoda özel amaçları ve becerileri olan hemşireler, çalışmaktadır.^{1,5}

Yoğun bakım ünitelerinde hemşire iş

28 Ağustos-1 Eylül 2013'te 11th Congress of the World Federation of Societies of Intensive & Critical Care Medicine, Durban, South Africa'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received:30.07.2019; Kabul Tarihi/Accepted:27.08.2019

^aDoç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, İSTANBUL

^bDr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İSTANBUL

^cProf. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İSTANBUL

^dDr. Öğr. Üyesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

^eUzman Hemşire, Yeditepe Üniversitesi Dış Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, İSTANBUL

^fDr. Öğr. Üyesi, İstanbul Kültür Üniversitesi, İSTANBUL

^gDr. Öğr. Üyesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İSTANBUL

^hUzman Hemşire, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Neriman ZENGİN

E-posta: zneriman@yahoo.com

gücünün niteliği hasta bakımının kalitesi ve güvenliği için önemlidir. Yoğun bakım hemşireleri ileri yaşam desteği verilen kritik hastalara güvenli bir bakım için hızlı karar vermek durumundadır.^{1,3,4,6} Güvenli hasta bakımı için motivasyonu yüksek hemşirelere ihtiyaç vardır.¹

Yoğun bakım üniteleri çalışma ortamından kaynaklanan birçok faktör nedeni ile hemşireleri olumsuz etkileyebilmektedir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses=ICN) hemşirelerin iş sağlığını olumsuz çalışma ortamının ve hemşire başına düşen hasta sayısının negatif etkilediğini belirtmektedir.⁶ Konsey ayrıca hemşirelerin iş yükünün artması durumunda hastaya ayrılan zamanın azaldığını, yorgunluk, dikkatsizlik sonucu hasta güvenliğinin etkilendiğini bildirmektedir.⁷ Bununla birlikte yeterli hemşirelik bakımı, hastada gelişebilecek birçok komplikasyonu önlemekte ve hastanede yatış süresini azaltmaktadır.⁸

Yoğun bakım ünitesinde çalışan bir hemşirenin deneyimli ve yetkin olabilmesi için uzun ve yorucu bir süreç gerektirmektedir. Mezuniyet sonrası sürekli eğitimler ile yetişen, tecrübeli hemşirenin yoğun bakımda istihdamı çok önemlidir. Dünya genelinde hemşire işgücü yetersizliği olmasına rağmen, mevcut işgücünden yeterince verimli şekilde yararlanılmadığı belirtilmektedir.⁹ Ülkemizde de hemşire iş gücünün yetersiz olduğu bu nedenle mevcut iş gücünden verimli bir şekilde yararlanmak gerektiği bilinmektedir.⁹ Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN)'nin 2006 yılında istihdamın önemine "Sağlıklı istihdam hayat kurtarır" sloganı ile yayımladığı raporunda dikkat çekmiştir. ICN hemşire açığının kapatılması, personel dağılımı ve iş bölümünün etkin şekilde belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamış olup hemşirelerin bilgi ve becerilerinden daha iyi yararlanılması, diğer personel ile karma kadro düzenlemelerinin gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi önerisinde bulunmuştur.⁹

Yoğun bakımlarda iş yükü fazlalığı ve yoğun çalışma saatlerinin hemşirelerde tükenmişliğe neden olduğu belirtilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri doğrudan hasta bakımı uygulamalarının dışında birçok işlevlerden sorumlu tutulmakta ve zamanlarının büyük bir bölümünü hemşirelik bakımı dışındaki işler ile geçirmektedirler. Doğrudan hasta bakımı dışında yapılan işler, hemşirelerin vaktini alan ve hasta bakımı için ayıracağı

zamanı kısaltan uygulamalardır.^{3,9} Ayrıca uzun süre yoğun bir tempoda hizmet veren hemşirelerin mesleki bilgilerini güncellemediği, güncel bilimsel gelişmeleri takip edemediği ve bu nedenle profesyonel davranış gösteremeyeceği belirtilmektedir.¹

Ülkemizde son yıllarda değişen sağlık politikalarının etkisi ile yoğun bakım hemşirelerinin profili hızla değişmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin profilinin belirlenmesi, çalışma sisteminin iyileştirilmesi, örgütsel, yapısal engellerin değerlendirilmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin profilleri zaman zaman gözden geçirilmelidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma bir üniversitenin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin profilini incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma Ocak -Nisan 2013 tarihleri arasında, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin bir hastanesinde 9 yoğun bakım ünitesi (86 yatak, 172 hemşire), diğer bir hastanesinde 6 yoğun bakım ünitesi (47 yatak, 102 hemşire) ve kardiyoloji enstitüsünde 2 adet (22 yatak, 55 hemşire) 2. ve 3. düzey yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde hemşire hasta oranı 1/3 ile 1/2 arasında değişmektedir. Hemşireler yoğun bakım ünitesinde genellikle 12 saatlik iki vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Evren ve Örneklem: Araştırma evrenini 2013 yılında üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 329 hemşire, örneklemi araştırmaya katılmayı kabul eden 202 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşma hedeflenmiştir. Araştırmaya %61.3 oranında katılım olmuştur. Araştırmanın verileri %48.5'i (n:98) bir tıp fakültesi hastanesinde, %29.7'si (n:60) diğer tıp fakültesi hastanesinde ve %21.8'i (n:44) kardiyoloji enstitüsü yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerden elde edildi.

Veri Toplama Araçları: Veriler araştırmacılar

tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen, açık ve kapalı uçlu 22 adet sorudan oluşan anket formu ile toplandı.

Etik Boyut: Araştırmaya başlamadan önce kurumlardan yazılı izin alındı. Hemşirelerin çalışmaya katılımları gönüllülük esası ilkesi dikkate alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağı açıklanarak çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler, SPSS 20 programında, tanımlayıcı istatistiksel analiz-

lerden; yüzdeler, ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır, Yaş ortalamaları $29,68 \pm 5,35$ olan hemşirelerin %55,4'ü bekar ve %37,1 reanimasyon ünitesinde çalışmakta, %92'si hemşire ve %62,9'unun lisans mezunu olduğu belirlendi,

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=202)

Özellikler	Ortalama	Min- Maks
Yaş ortalaması (yıl)	$29,68 \pm 5,35$	23-49 yaş
	Sayı	Yüzde
Medeni durumu		
Evli	90	44,6
Bekar	112	55,4
Çalışılan birim		
Reanimasyon	75	37,1
Cerrahi YBÜ	34	16,8
Koroner YBÜ	45	22,3
Nöroşirurji YBÜ	15	7,4
Kardiyovasküler cerrahi YBÜ	14	6,9
Diğer (Çocuk, Yenidoğan ve acil cerrahi YBÜ)	19	9,5
Mesleği		
Hemşire	182	92
Ebe	9	4,5
Diğer (Acil tıp Teknisyeni, sağlık memuru)	7	3,5
Eğitim Durumu		
Sağlık lisesi	19	9,4
Ön lisans	32	15,8
Lisans	127	62,9
Lisans üstü	24	11,9

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin ortalama $7,32 \pm 6,13$ yıl, yoğun bakımda çalışma sürelerinin ortalama $5,59 \pm 5,26$ yıl olduğu saptandı, 10 yıl üzerinde çalışanların sayısı 34'dür (7 hemşire 20 yıl ve üzerinde çalışmış), On yıl ve üzerinde çalışan hemşireler çıkarıl-

dıktan sonra yoğun bakımda ortalama çalışma süresi $3,57 \pm 2,09$ olarak saptandı, Hemşirelerin yoğun bakımda günde ortalama $11,30 \pm 1,70$ saat ve haftada $41,52 \pm 4,32$ saat çalıştıkları belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Yoğun Bakımda ve Meslekte Çalışma Süreleri N=202)

Özellikler	Ortalama-SS	Min - Maks
Meslekte çalışma süresi (yıl)	$7,32 \pm 6,13$	1-29
Yoğun bakımda çalışma süresi (yıl)	$5,59 \pm 5,26$	4 ay-28 yıl
Yoğun bakımda günde ortalama çalışma süresi (saat)	$11,30 \pm 1,70$	5-16

Yoğun bakımda haftada ortalama çalışma süresi (saat)	41,52 ±4,32	10-60
--	-------------	-------

Hemşirelerin %39,6'sının mezuniyet sonrası doğrudan yoğun bakımda işe başladığı, %54,5'inin yoğun bakım hemşireliği sertifikası olduğu ve %54,5'inin hemşire hasta oranının 1:3 olduğu görüldü, Hemşirelerin %70,3'ü yoğun bakımda çalışmayı kendisinin tercih ettiği ve %63,9'unun yoğun bakımda çalış-

maktan memnun olduğu saptandı, Yoğun bakımda çalışmaktan memnun olmayanların neden memnun olmadıkları incelendiğinde çalışanlar; çok yoğun çalışma koşulları, yönetimden memnun olmama, çalışma saatleri ve eleman yetersizliğini neden olarak bildirdiği görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Yoğun Bakımda Çalışmaya İlişkin Yaklaşımları (N=202)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Mezuniyet sonrası doğrudan yoğun bakımda işe başlama		
Evet	80	39,6
Hayır	122	60,4
Yoğun bakım hemşireliği sertifikası		
Var	110	54,5
Yok	92	45,5
Hemşire hasta oranları		
Bir hemşireye 3 hasta	110	54,5
Bir hemşireye 2 hasta	58	28,7
Bir hemşireye 5 hasta	23	11,4
Yoğun bakımda çalışmayı tercih etme		
Tercih eden	142	70,3
Tercih etmeyen	60	29,7
Yoğun bakımda çalışmaktan memnuniyet		
Memnun olan	129	63,9
Memnun olmayan	73	36,1
Aldığı maaşı yeterli bulma durumu		
Yeterli	7	4,5
Yetersiz	195	96,5
Toplumun ve yönetenlerin yoğun bakım hemşirelerine gereken değeri verdiğini düşünme		
Değer verdiğini düşünen	68	33,7
Değer vermediğini düşünen	134	66,3

Hemşirelerin %96,5'inin aldığı ücreti yetersiz bulduğu ve %66,3'ünün toplumun ve yönetenlerin yoğun bakım hemşirelerine gereken değeri vermediğini düşündüğü görüldü, Hemşirelerin %92'si sorumlulukları dışında yer alan işleri yaptığını belirtmiştir, Hemşirelerin sorumlulukları dışında yaptıkları işler; %18,8 (n=38) sekreterlik ve evrak işleri, %9,9'u (n=20) hekimlerin yapması gereken işler, %7,9'u (n=16) teknik işler, %6'sı (n=12) telefon / kapıya bakmak, %5'i (n=10) kan gazı bakmak/ventilatör modu ayarlamak, %14,4'ü (n=29) bakım dışında her şeyi yapma ve %3'ü

(n=6) hasta altı değiştirme/kan takma/sakal tıraş vb, bildirmiştir.

Yoğun bakım hemşirelerinin %69,8'inin (n=141) sık sağlık sorunu yaşadığı saptandı, Bu sorunlar; %44,1'i (n=89) bel/sırt ağrısı, %19,8'si (n=40) bacak/kas ağrısı, %4,5'i (n=9), uykusuzluk, %13,4'ü üst solunum yolları/alt üriner sistem enfeksiyonları, %17,8'i (n=36) varis ve %11,9'u (n=24) baş ağrısı/stres vb, olduğu görüldü.

Hemşirelerin %24,3'ü (n=49) yoğun bakım hemşireliği ile ilgili yayın takip ettiği,

%14,9'unun (n=30) Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneğine üye olduğu ve %13,4'ü (n=27) derneğin faaliyetlerinden haberdar olduğunu bildirmiştir.

TARTIŞMA

Ülkemizde hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda, yeterli nitelik ve sayıda hemşire işgücünün sağlanması önemli bir sorundur.^{3,9} Çalışma grubundaki hemşirelerin yoğun bakımda ortalama 5,59±5,26 yıl çalıştığı saptandı. Kavaklı ve ark. (2009) yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarını belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %61'inin 1-5 yıl arasında yoğun bakım ünitesinde çalıştığını, büyük çoğunluğunun çalışma sürelerinin diğer birimlerden farklı olarak stresin, iş yükünün fazla olması ve yönetsel ihtiyaçlardan dolayı daha az olduğunu, çalışma yılı arttıkça iş yükü fazlalığı ve uzun çalışma saatlerinin yoğun bakım hemşiresinin profesyonel davranışlarını etkilediğini belirtmektedir.¹ Ayrıca çalışmada yoğun bakımlarda iş yükü fazlalığı ve yoğun çalışma saatlerinin hemşirelerde tükenmişliğe neden olacağı, hemşirelerin mesleki bilgilerini yenilemediği, güncel bilimsel gelişmeleri takip etmediği ve bu nedenle profesyonel davranış göstermeyeceği ifade edilmektedir.¹

İş yükü tükenmişliği artırmakta ve işten ayrılmalar üzerinde etkili bir faktördür. Barutçu ve Serinkan'ın (2008) hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çalışma ortam ve koşullarının tükenmişlik ile ilişkili olduğunu, yoğun bakım ve acil birimlerde çalışanların iş yükünün fazla olması ve çalışma süresinin uzunluğu nedeniyle tükenmişlik yaşadığını bildirmektedir.¹¹ Hemşirelerin %74,4'ünün iş yükü fazlalığı nedeniyle işten ayrıldığı, bu nedenle hemşire devir hızının azaltılması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.¹⁰ Ayrıca son yıllarda sağlıkta dönüşüm ile birlikte hemşire devir hızının arttığı tahmin edilmektedir. Tecrübeli yoğun bakım hemşiresinin yoğun bakımda kalması için çalışma koşulları ve özlük hakları ile ilgili çözümler geliştirilmelidir.

Araştırma grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ¾'ü lisans ve lisansüstü mezundur. Kavaklı ve ark. (2009) hemşirelerin %48'inin lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğunu belirlemiştir.¹ Çalışma grubumuzdaki hemşirelerin daha yüksek oranda lisans ve lisansüstü eğitime sahip olması,

ülkemizde hemşirelik eğitiminin lisans düzeyine yükseltme çabaları ve verilerin toplandığı hastanenin bir üniversite hastanesi olması ile açıklanabilir. Kavaklı ve ark. (2009) lisans ve lisansüstü eğitim seviyesinde ki hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelere göre daha profesyonel davranış gösterdiğini saptamıştır.¹ Literatürde lisans ve lisansüstü eğitim düzeyinde hemşirelerin bakımının mortalite ve morbidite üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir.¹² Lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşire oranının %10'luk artışının hasta ölüm riskini %5 azalttığı gösterilmiştir.¹³ Yoğun bakım hastalarına daha kaliteli bakım verilebilmesi için lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşire sayısının artırılması ve sürekli eğitimler ile yoğun bakım hemşirelerinin desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırma grubundaki hemşirelerin haftada ortalama 41,52 ±4,32 saat çalıştığı saptandı. Enç ve ark (2012) kardiyoloji kliniğinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin profilini araştırdığı çalışmada, hemşire ve teknisyenlerin büyük çoğunluğunun haftalık toplam çalışma saatinin 45 saatten fazla olduğunu ve ek nöbet tuttuğunu saptamıştır.¹² Araştırma grubundaki hemşirelerin çalışma saatleri Enç ve ark. sonucuna göre düşüktür. Araştırmanın yürütüldüğü kurumda hemşirelerin 40 saat çalışma zorunluluğu bulunmaktadır. Kurumun istediği zorunlu çalışma saatinden fazla bir ortalama olması, kurumun yetersiz hemşire nedeni ile hemşireleri zorunlu olarak daha fazla çalıştırmaları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin %54,5'inin hemşire hasta oranı 1:3'dür. Çalışmanın yürütüldüğü yoğun bakım üniteleri çoğunlukla 2. ve 3. düzey yoğun bakım üniteleridir. Literatürde hemşire sayısı ile bakım kalitesi arasındaki ilişki irdelendiğinde, hemşire sayısının hasta güvenliği ile hastalık ve ölüm oranları üzerindeki etkisi ortaya konmuş olup;¹ üriner enfeksiyon, üst gastrointestinal sistem kanaması, hastane kaynaklı pnomoniler, şok, kardiyak arrest gibi diğer istenmeyen olayları azalttığı bildirilmiştir.¹⁴ Hemşirelerin iş yükünün artmasının yorgunluk, dikkatsizlik sonucu hata riskinin arttığını ve hasta güvenliğini etkilediği bildirmektedir.^{7,15} Ayrıca hemşirelerin %74,4'ünün iş yükü fazlalığı nedeniyle işten ayrıldığı bildirilmektedir.¹⁰

Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde belirtildiği gibi 2. düzey yoğun bakımlara hemşire hasta oranının 1:3, 3.

düzey yoğun bakımlara hemşire hasta oranının 1:2 olması sağlanmalıdır.

Araştırma grubundaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%92) sorumlulukları dışında işler yaptığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin doğrudan ve dolaylı uygulamalara katıldığı bildirilmektedir.^{16,17} Yoğun bakım hemşireleri doğrudan hasta bakımı uygulamalarının dışında birçok işten sorumlu tutulmakta ve bu işler hemşirelerin zamanlarının büyük bir bölümünü almaktadır.^{3,9} Literatürde dolaylı uygulamalara ayrılan zaman, hemşirenin iş yükünün artmasına, hemşirenin yapması gereken doğrudan bakım uygulamalarına ayrılan sürenin azalmasına ve verilen bakım hizmetinin kalitesinin düşmesine neden olacağı bildirilmektedir.^{7,9}

Araştırmaya katılan hemşirelerin sorumlu-lukları dışında yer alan sekreterlik ve evrak işleri (%18,8), hekimlerin yapması gereken işler (%9,9), teknik işler, (%7,9), telefon/ kapı bakmak (%6) ve kan gazı bakmak/ventilatör modu ayarlamak (%5) gibi işleri yaptığı görüldü. Literatürlerde hemşirelerin doğrudan hasta bakımından; ilaç-malzeme temin etme, telefona yanıt verme, önerilen reçeteleri yazma, birim giriş-çıkışlarını kontrol etme gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha çok vakit ayırdığı^{9,18}, çalışma saatlerinin yaklaşık 1/3'ünü¹⁸ hatta yarısından da fazlasını dolaylı bakım uygulamaları ile geçirdikleri belirlenmiştir.⁹ Yetişmiş yoğun bakım hemşire iş gücü yetersizliği düşünüldüğünde, hemşirelerin doğrudan bakım uygulamalarına yönlendirilmesi gerekmektedir.³ Daha kaliteli ve güvenli bir hizmet sunumu için hemşirelerin dolaylı uygulamalardan uzaklaştırılıp doğrudan hasta bakım uygulamalarına yönlendirilmesi ve hasta hemşire oranının uluslararası standartlara uygun olması sağlanmalıdır.

Çalışma grubundaki hemşirelerin yaklaşık yarısının (%54,5) yoğun bakım hemşireliği sertifikası vardır. Hemşirelik kanununda hemşirelerin meslekleri ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi almaları belirtilmiştir.²⁰ Durumu kritik olan hastalara kapsamlı bakım ve tedavinin verildiği özelleşmiş bir hemşirelik alanı olarak tanımlanan yoğun bakım hemşireliği bu alanlardan biridir. Enç ve ark (2012) kardiyojji kliniğinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin profilini araştırdığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşire ve teknisyenlerin %41,4'ünün

mesleki sertifika programlarına katıldığını saptamıştır.¹² Ülkemizde sertifikalı eğitim yönetmeliği 2014 yılında yayınlanmış ve bu tarihten sonra hemşirelik alanlarında Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan sertifika programları başlatılmıştır. Yoğun bakım bilgi ve uygulamaları, bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak sürekli değişmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin sertifikalı olması ve sertifika eğitimlerinin ülkenin sağlık politikaları kapsamında belirlenen sürelerde güncellenmesi gerekmektedir.^{19,20}

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%70) yoğun bakımda çalışmayı kendisi tercih etmiş ve yoğun bakımda çalışmaktan memnun (%63,9) olduğunu bildirmiştir. Çalışanların verimini artırmak için sağlık çalışanlarının iş memnuniyetinin önemli olduğu bildirilmektedir.^{1,12}

Araştırmada yoğun bakımda çalışmaktan memnun olmayanlarından yalnız on yedisi nedenleri açıklamıştır. Hemşireler; çok yoğun çalışma koşulları, çalışma saatleri, eleman yetersizliği ve yönetimden kaynaklı sorunlar nedeniyle memnun olmadıklarını bildirmişti. Şentürk'ün (2014) çalışmasında iş yaşamından memnun olma ile duygusal tükenme arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma koşullarının ağır olması nedeniyle iş yaşamından memnun olmadıkları, ölümcül hastalarla karşı karşıya kaldıkları ve iş ortamının karmaşıklığı nedeniyle strese maruz kaldıklarını belirtmiştir.⁵ Hemşirelerin çalışmak istediği alanı tercih etmesi iş verimini ve doyumunu dolayısı ile hemşire ve hastaların memnuniyetini de artıracaktır.

Çalışma grubundaki hemşirelerin %14,9'unun Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneğine üye olduğu ve %13,4'ünün dernek faaliyetlerinden haberdar olduğu belirlenmiştir. Kavaklı ve ark. (2009) hemşirelerin profesyonel davranış alanlarında en düşük puanları mesleki örgütlere üyelik alanında aldıklarını saptamıştır.¹ Yoğun bakım hemşireliği uzmanlık alanının gelişmesi, mezuniyet sonrası sertifika ve eğitim programlarının yürütülmesi, mesleki özlük haklarının iyileştirilmesi, yoğun bakım hemşireliğinin ulusal ve uluslararası alanda temsil edilmesi ve mesleğin statüsünün yükseltilmesi için derneklerin rolü oldukça önemlidir.¹² Literatürde hemşirelik mesleğinin güç ve motivasyonunu profesyonel anlamda çalışan derneklerden alması gerektiği,

profesyonel bir derneğin ise ortak amaçlar çerçevesinde tüm meslek üyelerini bir araya getirmesi ve sözleri eyleme dönüştürmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir.¹ Ülkemiz için referans kurum olma niteliğindeki bir üniversitenin hastanelerinde çalışan hemşirelerin uzmanlık alan derneğine üyeliklerinin düşük olması, hemşirelerin örgütlenmeyi yeterince önemsemediğini göstermektedir. Dernekler ve sağlık kurumları arasında yapılacak ortak toplantılar, ulusal/uluslararası düzeydeki bilimsel faaliyetlere katılımların desteklenmesi ve derneklere üyelik faaliyetlerinin artırılması önerilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakımlarda hemşirelerin dışında ebe ve acil tıp teknisyenleri de çalışmaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık yarısının yoğun

bakım hemşireliği sertifikası mevcuttur. Çalışanların büyük çoğunluğu sorumlulukları dışında dolaylı işleri yapmakta ve aldığı ücreti yeterli bulmamaktadır.

Yoğun bakımlarda yüksek motivasyonla çalışan hemşirelere ihtiyaç olduğundan çalışma şartlarının düzenlenmesi, hasta bakımı, güvenliği ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Yöneticilerin kurumlar için mevcut durumu ortaya koymaları, yasalar ve kurum kuralları çerçevesinde hemşirelerin görev-yetki ve sorumluluklarını gözden geçirmeleri, hemşirelerin bilimsel faaliyetlere, eğitim programlarına katılım ve mesleki örgütlere üyelik konusunda teşvik edilmesi ve yoğun bakım ünitesinde bakım ekibi ile ilgili gerekli değişimi yapmaları yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2009;51(3): 168-173.
2. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg* 2011; 1: 21-5.
3. Avcı GG, Türker S, Çifçi M, Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Derg* 2013; 4: 21-24.
4. Bozkurt G, Türkmen E, Zengin N. Yoğun bakım hemşirelerinin bağımsız işlevlerine ilişkin iş yükü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017;21(2): 36-41.
5. Şentürk S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2014;4(3): 48-56.
6. Türkmen E. Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılarına etkisi: yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *HUHEMFAD* 2015;69-80.
7. Balanuye B. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2014, Ankara.
8. Ersoy EO, Abdülkerim Ş, Öz A, Aslan G, Kavak, PB, Fakılı D, Topeli A. Yoğun bakım ünitelerinde hemşire iş yükünün değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg* 2017; 8; 1-5.
9. Türkmen E, Uslu A. Özel bir hastanede hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011;19(2):60-67.
10. Sürer P. Hastanede çalışan hemşirelerde işgücü devir hızı ve ayrılma nedenlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
11. Barutçu E, Serinkan C. Burnout syndrome: an important problem today, and a research study conducted in Denizli. *Ege Academic Review* 2008; 8: 541-561.
12. Enç N, Uysal H, Şenuzun F, Canlı Özer Z, Guruşçu E, Şentürk Ö. Türkiye'de kardiyoloji kliniklerinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin profili. *Turk J Card Nur.* 2012; 3(3): 70-83.
13. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12):1617-239.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *NEJM* 2002; 346(22): 1715-1722.
15. Neuraz A, Guérin C, Payet C, Polazzi S, Aubrun F, Dailier F, Lehot JJ, Piriou V, Neidecker J, Rimmelé T. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter

- observational study. *Critical Care Medicine* 2015; 43(8),1587-1594.
16. Yıldırım, D. Hemşirelerin servislerde hastalarla ve diğer işlere ayırdıkları sürelerin değerlendirilmesi. *İ.U.F.N. Hem. Derg* 2006; 4(56):177-192.
 17. Kılıçaslan N. Yoğun Bakımda Hemşire Aktivitelerine Harcanan Zamanların Saptanması ve Tedavi Girişimleri Skorum Sistemi (TGSS). DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 1998.
 18. Mousavifar S, Nazari AA. Measurement of direct and indirect nursing care times among inpatients in different wards of hospital in Iran-Semman. OR14. International Nursing Management Conference, 13-15 Ekim, Antalya, <http://www.inmc.2008>, (18.08.2009).
 19. T.C sağlık Bakanlığı Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. 2013. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25.htm> 10.
 20. Hemşirelik Kanunu, Kanun Numarası: 6283, Resmi Gazete, Tarih: 2.3.1954; Sayı: 8647, Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Kabul Tarihi: 25.4.2007, Kanun No: 5634.

ZAMANIMIZIN VE BAŞARIMIZIN YÖNETİCİSİ İNTERNET Mİ?: HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ

IS THE INTERNET THE MANAGER OF OUR TIME AND SUCCESS?: NURSING STUDENTS' EXAMPLE

Merdiye ŞENDİR^a, Nurdan YALÇIN ATAR^b, Semra AÇIKSÖZ^b, Ayşe KABUK^c,

Gamze SÜMER^d, Sema DOĞAN^d, Sena Nur AYDIN^d

ÖZ Amaç: Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin, zaman yönetimleri ve akademik başarıları üzerinde internet kullanımının etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipteki araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim döneminde öğrenim gören 170, örneklemini 115 öğrenci oluşturmuştur. Veriler tanımlama formu, İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) ve Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE) ile elde edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.39±1.39, çoğunluğu kadın, akademik ortalamaları 2.96±0.70'dir. Öğrencilerin İBÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 32.56±17.30 (min=6, max=100) olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin ZYE'den aldıkları toplam puan ortalaması ise 85.22±12.96 (min=54, max=112)'dir. Öğrencilerin İBÖ toplam puanları ile ZYE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Bununla birlikte İBÖ ile ZYE alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; İBÖ toplam puanı ile Zaman Harcaticılar alt boyutu arasında negatif yönde, Zaman Planlaması alt boyutu arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin akademik ortalamaları ile Zaman Tutumları alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. **Sonuç:** Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin çoğunun internet bağımlısı olmadığı bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin internet kullanımını artıkça zamanı daha etkin planlayarak, zaman harcaticıları azalttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin zaman tutumlarının akademik başarıyı artırdığı bulunan sonuçlar arasındadır. Elde edilen bulgulara göre bağımlılık düzeyinde olmayan internet kullanımı, hemşirelik öğrencilerinin zaman yönetimi ve akademik başarısını pozitif yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Akademik başarı, hemşirelik öğrencileri, internet bağımlılığı, zaman yönetimi

ABSTRACT Objective: The aim of the study is to reveal the effect of the Internet usage on time management and academic achievement of nursing students. **Materials and Method:** The population of this descriptive study consisted of 170 students and 115 students constituted the sample of the study. The data were collected with descriptive form, Internet Addiction Questionnaire (IAQ), and Time Management Inventory (TMI). **Results:** The mean of the students' age was 19.39±1.39; the mean of their cumulative grade point average (CGPA) and most of the student were women (n=102). The mean score of the students on the IAQ was 32.56±17.30. The mean score of students on TMI was 85.22±12.96 (min=54, max=112). The significant correlation between total score of the students on IAQ and on TMI was not found (p>0.05). In addition to this, when the relationship between the IAQ and the sub-categories of TMI was examined, it was found that the total score of Internet Addiction Scale was negatively correlated with Time-Consuming sub-scale and positively correlated with Time Scheduling sub-scale. Moreover, there was a significant positive correlation between students CGPA and their Time Attitude sub-scale. **Conclusion:** As a result, most of the nursing students were not Internet-addicted. In addition, it was determined that as their Internet usage increases, students plan their time more effectively and reduce time-consuming. Besides, students' time attitude increases their academic achievement. According to the findings, the Internet use which is not in a dependency level affects the time management and academic success of nursing students positively.

Key words: Academic achievement, nursing students, internet addiction, time management

GİRİŞ

Zaman, bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre, vakit şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Einstein'a göre zaman, "olayları oluşuna göre sıralayan ve olaylara anlam veren bir boyuttur".² Zamanı iyi yönetmenin, verimliliği artırması, daha az strese neden olması, çıkan fırsatları yakalama olanakları sağlayarak kariyer ve

yaşam hedeflerine ulaşmayı sağlaması gibi kazanımları vardır. Buna karşılık, eğer zaman etkili bir şekilde yönetilmezse, beklenen sürede işlerin tamamlanmaması, çalışma kalitesinin düşmesi, stres düzeyinin artması ve kariyer sürecinde olumsuzluklar gibi çeşitli sonuçlara neden olabilmektedir. Zamanını yönetebilen, başarmak için hedefler belirleyen bireylerin her zaman daha az stres ve baskı hissettikleri ve

Geliş Tarihi/Received:05.08.2019; Kabul Tarihi/Accepted:25.08.2019

^aProf. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İSTANBUL

^bDr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İSTANBUL

^cAraş. Gör., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İSTANBUL

^dÖğrenci, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yazışma Adresi/Correspondence: Nurdan YALÇIN ATAR

E-posta: nurdanyalcin.atar@sbu.edu.tr

gelişimlerinin her yönde iyi olduğu belirtilmektedir.^{3,4} Zaman yönetimi, bireyin kendini nasıl yönettiği ile ilgilidir. Kişi zamanı değil; yalnızca nasıl kullanabileceğini yönetebilir.⁵ Zaman yönetiminde temel hedef, bireyin kendini ve işlerini yaşadığı zaman süresi içinde istenen düzeyde planlamasıdır. Profesyonel çalışan herkes zamanını akıllıca planlamak ve kullanmak zorundadır.²

Bir üniversite öğrencisinin başarısı, zamanı yönetme becerisine ve etkinliklerine bağlıdır. Öğrencilerin, çalışma yaşamlarında verimli olabilmeleri için zamanı yönetmeyi öğrenmeleri gerekir. Yapılan bir çalışmaya göre hemşirelik öğrencilerinin zaman yönetimi becerileri arttıkça, anksiyete düzeyleri de azalmaktadır.⁶ Hemşirelik öğrencilerinin de klinik yeterlilik ve başarı gelişimi için, zamanı yönetebilmeleri önemlidir.⁷ Zaman yönetiminde gündelik işleri kolaylaştırması, eğlence imkanı sunması, iletişim aracı olarak faydalanılması, bilgiye hızlı erişimi sağlaması gibi birçok nedenden dolayı bilişim teknolojilerinin kullanımı oldukça faydalıdır. Başlangıçta istedik amaçlar doğrultusunda kullanılan internetin, gittikçe artan yoğun kullanımı nedeniyle zamanın etkin kullanılmasını önleyerek, bağımlılık, yalnızlık, mutsuzluk, akademik başarısızlık gibi çeşitli problemlere neden olabildiği rapor edilmektedir.^{8,9}

İnternet bağımlılığı genel olarak internetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internette geçirilen süreye gittikçe daha fazla ihtiyaç duyulması, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk gibi hallerin ortaya çıkması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının olumsuz etkilenmesi olarak tanımlanabilmektedir.^{10,11} Günümüzde kullanımı büyük bir hızla artan ve hemen her alanda bizlere kolaylık sağlayan internet, aşırı ve kontrolsüz kullanımına bağlı olarak başta zaman yönetimi olmak üzere bireylerin hayatında; ailevi, fiziksel, akademik, sosyal ve ruhsal birtakım problemlerle karşılaşmalarına neden olmaktadır.

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin, zaman yönetimleri ve akademik başarıları üzerinde internet kullanımının etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı, ilişki arayıcı tipteki araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim döneminde Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören tüm öğrenciler (N=170), örnekleme ise verilerin toplandığı tarihte okulda bulunan ve çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler (n=115) oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, öğrenci tanılama formu, İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve Zaman Yönetimi Envanteri ile elde edilmiştir.

Öğrenci Tanılama Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelemesinden sonra hazırlanmış olup sosyodemografik özellikler, akademik bilgiler ve internet kullanımı ile ilgili 15 soru yer almaktadır.

İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ): Young tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Bayraktar yapmıştır. Uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir. Ölçek likert tipi 20 sorudan oluşmaktadır. Sorulara “hiçbir zaman”, “nadiren”, “arada sırada”, “çoğunlukla”, “çok sık” ve “devamlı” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Puanlama sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınan en yüksek puan 100 en düşük puan 0’dır. Toplamda 80 ve üzeri puan almak “internet bağımlılığı” olarak tanımlanmakta olup 50-79 arası puan “riskli internet kullanımı”, 49 ve altında puan alanlar internet kullanımına bağlı sorun yaşamayan “ortalama internet kullanıcısı” olarak tanımlanmaktadır.^{12,13}

Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE): Ölçek Britton ve Tesser tarafından geliştirilmiş olup, Alay ve Koçak tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.^{14,15} ZYE, 16 maddelik Zaman Planlaması (ZP), 7 maddelik Zaman Tutumları (ZT) ve 4 maddelik Zaman Harcattırıcıları (ZH) olmak üzere 3 alt boyutlu ve toplam 27 maddesi olan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi 5 üzerinden puanlanmıştır ve “her zaman, sık sık, bazen, nadiren ve hiç” seçeneklerinden oluşan likert tiptedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 135 olup, en düşük puan 27’dir.¹⁵ Yüksek skor; “zamanın daha iyi yönetildiği” anlamına gelmektedir. Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha Katsayı Değeri 0.87, Zaman Planlaması boyutu için 0.88, Zaman Tutumlar boyutu için 0.66 ve Zaman Harcattırıcılar boyutu için ise 0.47 bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma yapıldığı kurumdan ve tüm katılımcılardan yazılı izinler alınmış olup araştırmanın yürütülmesinde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyulmuştur.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $19,39 \pm 1,39$, %88,7'si (n=102) kadın, akademik ortalamaları $2,96 \pm 0,70$ 'dir. Öğrencilerin %98,3'ü (n=113) interneti akıllı telefon

aracılığı ile kullandığını, %75,7'si (n=87) akşam 18.00-23.00 saatleri arasında kullandığını, %49,6'sı (n=57) günde 3 saatin üzerinde ve %73,0'ı (n=84) sosyal medya amacı ile kullandığını bildirmiştir. Öğrencilerin İBÖ'den aldığı toplam puan ortalaması $32,56 \pm 17,30$ (min=6, max=100) olup, ölçek değerlendirmesine göre öğrencilerin büyük çoğunluğu (%83,5, n=96) semptom göstermeyen, %14,8'i (n=17) sınırlı semptom gösteren ve %1,7'si (n=2) patolojik internet kullanıcıları olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin zaman yönetimi envanterinden aldıkları toplam puan ortalaması ise $85,22 \pm 12,96$ (min=54, max=112)'dir (Tablo 1).

Tablo 1. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ), Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE) ve Alt Ölçekleri ile Akademik Başarı Puan Ortalamaları (N=115)

	Min.	Max.	Ortalama \pm Sd
İnternet Bağımlılığı Ölçeği	6	100	$32,56 \pm 17,30$
Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE)	54	112	$85,22 \pm 12,96$
Zaman Planlaması	19	76	$49,00 \pm 11,22$
Zaman Tutumları	13	33	$22,73 \pm 3,49$
Zaman Harcattırıcılar	4	19	$13,49 \pm 2,71$
Akademik Başarı Puanları	0	3,90	$2,96 \pm 0,70$

Öğrencilerin İnternet Bağımlılığı Ölçeği Toplam puanları ile Zaman Yönetimi Envanteri ve akademik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte internet bağımlılığı ile zaman yönetimi envanteri alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; İnternet Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Zaman Harcattırıcılar ($r = -0,435$;

$p < 0,001$) alt boyutu arasında negatif yönde, Zaman Planlaması ($r = 0,205$; $p < 0,05$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin akademik ortalamaları ile Zaman Tutumları alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki ($r = 0,185$; $p < 0,05$) bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. İnternet Bağımlılığı Ölçek Puanı ile ve Zaman Yönetimi Envanteri Alt Ölçekleri ve Akademik Başarı Puanlarının Korelasyonları (N=115)

Değişkenler	İnternet Bağımlılığı ile Korelasyon Katsayısı		Akademik Başarı Puanları ile Korelasyon Katsayısı	
	r	p	r	p
Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE)	0.056	0.556	0.024	0.803
Zaman Planlaması	0.205	0.028	-0.014	0.884
Zaman Tutumları	-0.114	0.224	0.185	0.048
Zaman Harcattırıcılar	-0.435	0.000	-0.068	0.470
Akademik Başarı Puanları	0.066	0.481	1	-

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.39 ± 1.39 , %88,7'si ($n=102$) kadındır. Yapılan çalışmalarda da internet kullanıcılarının büyük çoğunluğunun özellikle 18-24 yaş aralığındaki genç yetişkinlerden oluştuğu görülmektedir.^{16,17} Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı verileri de benzer şekilde, ülkemizde internet kullananların %90,7'sinin 16-24 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir.¹⁸ Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışmamızda yer alan öğrenci grubunun yaşamında internet önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğu interneti akıllı telefon aracılığı ile, akşam 18.00-23.00 saatleri arasında, günde 3 saatin üzerinde kullandığını belirtmiştir. Literatürde de çalışmamız ile benzer şekilde öğrencilerin daha çok akıllı telefon ile internete bağlandığı belirtilmiştir. Ayrıca çalışma bulgularımızdan farklı olarak yapılan diğer çalışmalarda interneti kullanma sürelerinin farklılık göstermekle birlikte ortalama 3 saat olduğu belirtilmiştir.^{17,19} Çalışmamızda belirlenen daha fazla kullanım süreleri bilişim teknolojilerinin çok hızlı bir gelişim göstermesi neticesinde internet hizmetlerinin yaygınlaşması ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %73,0'ı ($n=84$) interneti sosyal medya amacı ile kullandığını bildirmiştir. Literatürde öğrencilerin interneti daha çok bilgiye erişme aracı olarak kullandığını ifade eden çalışmaların yanı sıra,^{17,20} çalışma bulgularımıza paralel olarak öğrencilerin interneti daha çok sosyal medya amacı ile kullandığını belirten çalışmalar da mevcuttur.^{16,19} Bu sonuçların üzerinde üniversite öğrencilerinin interneti büyük oranda sosyal bir eğlence kaynağı olarak görmesi etkili olabilir.

Öğrencilerin İBÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 32.56 ± 17.30 'dur. Öğrencilerin İBÖ puanı değerlendirmesine göre büyük çoğunluğu (%83,5, $n=96$) semptom göstermeyen, %14,8'i ($n=17$) sınırlı semptom gösteren ve %1,7'si ($n=2$) patolojik internet kullanıcıları olarak tespit edilmiştir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin İBÖ toplam puanlarının benzer düzeylerde olduğu ve öğrencilerin düşük düzeyde internet bağımlısı olduğu saptanmıştır.^{19,21,22} Karasu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında öğrencilerin beşte üçünden fazlasının semptom göstermeyen, yaklaşık olarak üçte biri sınırlı semptom gösteren, 27

kişinin de patolojik internet kullanıcısı olduğu belirlenmiştir.¹⁶

Öğrencilerin ZYE'den aldıkları toplam puan ortalaması 85.22 ± 12.96 (min=54, max=112)'dir. Ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin zaman yönetimi becerilerini araştıran çalışmalarda ölçekten alınan toplam puan ortalaması 78.82 ± 1.17 , 76.7 ± 12.7 , 86.04 ± 13.55 ve 87.79 ± 11.78 olarak rapor edilmiştir.^{23,24,21,6} Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmamızın sonuçları, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin İBÖ Toplam puanları ile ZYE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p>0.05$) ancak İBÖ toplam puanı ile ZYE'nin Zaman Harcaticılar alt boyutu arasında negatif yönde ilişki ($r=-0.435$; $p<0.001$) olduğu saptanmıştır. Köse ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde internet bağımlılığının kişilik özellikleri ve zaman yönetimi ile ilişkisini inceleyen çalışmasına göre de ZYE puanı düşük olanların İBÖ puanının yüksek olduğu; ayrıca İBÖ toplam puan ortalaması ile ZYE'nin Zaman Harcaticılar alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0.35$; $p<0.001$) olduğu rapor edilmiştir.²¹ Çalışmamızın bulguları bu sonuçlar ile paralellik göstermekte olup, interneti fazla kullananların zaman harcaticıları azalttığı, dolayısıyla zamanı ve interneti daha etkin kullandığı düşünülmektedir.

İBÖ toplam puanı ile ZYE'nin Zaman Planlaması alt boyutu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($r=0.205$; $p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Köse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise İBÖ ile Zaman Planlaması alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0.15$; $p<,05$) bulunmuştur.²¹ Yapılan başka bir çalışmada da Zaman Planlaması alt boyutu ile internet kullanım süresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($z=-2.859$, $p=.004$) olduğu rapor edilmiştir.²⁵ Literatürde yer alan sonuçlara göre çalışmamızın sonuçları farklılık göstermekte olup interneti daha fazla kullanan öğrencilerin zamanlarını da daha etkin planladıkları düşünülmektedir.

Öğrencilerin akademik ortalamaları ile ZYE'nin Zaman Tutumları alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0.185$; $p<0.05$) bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin zaman yönetimi becerileri, anksiyeteleri ve akademik motivasyonları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya göre zaman yönetimi becerisi ile akademik

motivasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmektedir.²⁶ Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin zaman yönetim becerileri ile akademik erteleme davranışları arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir.²⁷ Yapılan çalışmalarda da akademik başarının geliştirilmesinde, zaman yönetimi eğitimi önerilmektedir.²⁸ Elde edilen bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermekte olup, zaman yönetimi ile akademik başarı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu (TDK). Genel Türkçe Sözlük, Zaman. <http://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 24 Temmuz 2019).
2. Güçlü N. Zaman Yönetimi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2001; 25: 87-106
3. Said NB. Time Management in Nursing Work. International Journal of Caring Sciences 2014; 2: 746-749.
4. Meiring A. Time management: how to improve outcomes through management inputs. Prof Nurs Today 2017; 1: 2-3.
5. Spidal D. Time management. MIAR (Information Matrix for the Analysis of Journals) 2009; 15-17.
6. Kaya H, Kaya N, Pallos AÖ, Kucuk L. Assessing time-management skills in terms of age, gender, and anxiety levels: A study on nursing and midwifery students in Turkey. Nurse Education in Practice 2012; 3: 284-288.
7. Nayak SG. Time Management in Nursing –Hour of need. International Journal of Caring Sciences 2018; 11(3): 1997-2000.
8. Ravizza SM, Hambrick DZ, Fenn KM. Non-academic internet use in the classroom is negatively related to classroom learning regardless of intellectual ability. Computers and Education 2014; 78:109-114.
9. Demir Y, Kutlu M. İnternet bağımlılığı, akademik erteleme ve akademik başarı arasındaki ilişkiler. The Journal of Academic Social Science Studies 2017; 61:91-105.
10. Young KS. Internet addiction. A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. Am Behav Sci 2004; 48: 402-441.
11. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme. Journal Of Contemporary Medicine 2016; 6(3): 235-247.
12. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology Behav 1998; 1(3): 237-244.
13. Bayraktar F. İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü. [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.
14. Britton BK, Tesser A. Effects of Time Management Practices on College Grades. Journal of Educational Psychology 1991; 83: 405-410.
15. Alay S, Koçak S. Validity and Reliability of Time Management Questionnaire. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 22: 9-13.
16. Karasu F, Bayır B, Çam HH. Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi 2017; 7(14): 372-386.
17. Tatlı Z, Aydın A, Şimşek P, Özdemir M, Gölbaş, S, Karacan S ve ark. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Bilişim Teknolojilerini Kullanma Durumları. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2018; 1 (1): 18-27.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin çoğunun internet bağımlısı olmadığı bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin internet kullanımı arttıkça zamanı daha etkin planlayarak, zaman harcatıcıları azalttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin zaman tutumlarının akademik başarıyı artırdığı bulunan sonuçlar arasındadır. Elde edilen bulgulara göre bağımlılık düzeyinde olmayan internet kullanımı, hemşirelik öğrencilerinin zaman yönetimi ve akademik başarısını pozitif yönde etkilemektedir. Öğrencilerin zaman yönetimi ve akademik başarısını artırmak için bilinçli internet kullanımına yönlendirilmesi önerilmektedir.

18. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2018. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. Erişim Tarihi:26 Temmuz 2018.
19. Kırığ N, Yıldız H, Hayar E, Güdü G, Kandemir E, Çınar H ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016; 8: 15-36.
20. Özcan N, Buzlu S. Problemlerini belirlemede yardımcı bir araç: "İnternette Bilişsel Durum Ölçeği"nin üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliği. Bağımlılık Dergisi 2005; 6(1): 19-26.
21. Köse D, Çınar N, Akduran F. Hemşirelik öğrencilerinde internet bağımlılığının kişilik özellikleri ve zaman yönetimi ile ilişkisi. SAUFBE Dergisi 2012; 16(3): 227-33.
22. Yılmaz D, Çınar HG, Özyazıcıoğlu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Akıllı Telefon ve İnternet Bağımlılığı ile Üst Ekstremiter Fonksiyonel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 8(3): 34-39.
23. Uysal N, Sözeri E, Selen F, Bostanoğlu H. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Zaman Yönetimi Becerileri ve Yaşam Doyumlarının Belirlenmesi. JAREN 2017; 3(1): 30-36.
24. İz F, Özen T. İntörn olmaya aday hemşirelik öğrencilerinde zaman yönetimi ve akademik başarı ilişkisinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2010; 11: 123-35.
25. Öksüz E, Guvenc G, Mumcu S. Relationship Between Problematic Internet Use and Time Management Among Nursing Students. CIN:Computers, Informatics, Nursing, 2018, 36(1): 55-61.
26. Ghiasvand AM, Naderi M, Tafreshi MZ, Ahmadi F, Hosseini M. Relationship between time management skills and anxiety and academic motivation of nursing students in Tehran. Electron Physician 2017; 9(1): 3678-3684.
27. Sarıkaya Aydın K, Koçak S. Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimi becerileri ile akademik erteleme düzeylerinin incelenmesi. Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi 2016; 2(3): 17- 38.
28. Yaghoobi A, Mohagheghi H, Mottaghian M. The role of gender, academic discipline and time management in predicting students' verbal creativity at Bu-Ali Sina. Journal of Innovation and Creativity in Human Science. 2013;3(1):39-54.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE STRESİN AZALTILMASINA YÖNELİK NONFARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR: SİSTEMATİK BİR DERLEME

NONPHARMACOLOGICAL APPROACHES TO REDUCE STRESS IN INTENSIVE CARE NURSES: A SYSTEMATIC REVIEW

Zehra GÖK METİN^a

ÖZ Amaç: Bu sistematik derleme, yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde çalışan hemşirelerin algıladıkları stresi azaltmada kullanılan nonfarmakolojik yaklaşımları ve bu yaklaşımların etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu derleme, Cochrane Sistematik Derleme Rehberi temel alınarak yapılandırılmıştır. Konuyla ilgili tam metinler Cochrane, PubMed, ScienceDirect, Türk Medline ve ULAKBİM Tıp veri tabanlarını içeren toplam 5 veri tabanı üzerinden taranmıştır. Tüm araştırmalar, dahil edilme kriterleri açısından incelenmiş, veriler araştırmacı tarafından bütünlendirici özetleme yoluyla yorumlanmıştır. Toplam 10 makale değerlendirmeye alınmıştır. **Bulgular:** Derleme kapsamına alınan çalışma bulgularına göre, YBÜ hemşirelerinin stres düzeylerini azaltmada meditasyon (n=5), masaj (n=2), aromaterapi (n=1), progresif kas gevşeme egzersizleri (n=1) ve Yoga (n=1) gibi nonfarmakolojik yaklaşımların uygulandığı görülmüştür. Çalışmaların yarısının (n=5) Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütüldüğü ve çoğunluğunun (n=7) hemşirelerin stres düzeyini değerlendirmede "Algılanan Stres Ölçeği" kullandıkları belirlenmiştir. Araştırmalar yarı-deneysel (n=6), randomize kontrollü (n=3) ve karma tip (n=1) tasarımda gerçekleştirilmiş, örneklem en az 13, en fazla 90 hemşire dahil edilmiştir. Uygulama süresinin minimum 4 gün, maksimum 8 hafta arasında değiştiği gözlenmiştir. Aromaterapi dışında kalan diğer tüm uygulamalar sertifikalı sahibi, deneyimli bir eğitmen tarafından yürütülmüştür. Araştırmaların çoğunda hemşirelerin algıladıkları stres düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir. **Sonuç:** Bu çalışma, YBÜ hemşirelerinde stres düzeyini azaltmada nonfarmakolojik yaklaşımların etkili olduğunu ve ülkemizde konuya yönelik herhangi bir araştırma yayınlanmadığını ortaya koymuştur. Bu kapsamda, nonfarmakolojik yaklaşımların etkilerini inceleyen yeni randomize kontrollü araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, nonfarmakolojik yaklaşımlar, sistematik derleme, stres, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Objective: This systematic review aimed to evaluate nonpharmacological approaches and their effects in alleviating perceived stress among intensive care unit (ICU) nurses. **Methods:** The review was structured on the basis of the Cochrane Systematic Review Guide. Totally 5 databases including Cochrane, PubMed, Science Direct, Turk Medline, and ULAKBIM were searched for relevant full-text articles. Articles were screened against inclusion criteria for eligibility, and narrative summary method was used to describe the findings by the author. A total of 10 articles were included for assessment. **Results:** Based on the outcomes of the studies included in this review, nonpharmacological approaches including meditation (n=5), massage (n=2), aromatherapy (n=1), progressive muscle relaxation exercises (n=1), and Yoga (n=1) were used to alleviate stress level of ICU nurses. Half of the studies (n=5) conducted in United States of America and mostly of them (n=7) utilized "Perceived Stress Scale" for the assessment of stress level. The studies conducted as quasi-experimental (n=6), randomized controlled trial (n=3), and mix type (n=1) design and at least 13, maximum 90 nurses were included in the study samples. Duration of the intervention varied between minimum 4 days and maximum 8 weeks. All the interventions except for aromatherapy were applied by a certified, experienced instructor. Mostly of the studies reported that a decrease in perceived stress level of nurses. **Conclusion:** This review revealed that nonpharmacological approaches are effective in alleviating stress level of ICU nurses, and no study has been published in our country. In this context, future randomized controlled trials examining the effects of nonpharmacological approaches are requested.

Key words: Nurse, nonpharmacological approaches, systematic review, stress, intensive care unit

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), sağlık durumu kritik olan hastaların izlenmesinde ve tedavilerinin planlanmasında multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Hemşireler, YBÜ'lerinin vazgeçilmez bir ekip üyesi olarak hastaların yakın izlemi, komplikasyonların erken dönemde tanınması, ekiple iş birliği ve iletişimin sürdürülmesi konularında önemli görev ve sorumluluklar üstlenmektedir.^{1,2} Ayrıca, hastaların tedavilerinin planlanması ve uygulanması, bakım ihtiyaçlarının karşılanması, hasta ve yakınlarının eğitim

ihtiyaçlarının belirlenmesi ve tüm koruyucu, iyileştirici, rehabilite edici girişimleri uygulamak gibi görev ve sorumluluklarını da yerine getirmektedirler.³ Yoğun bakım ünitelerinin özel yapısı nedeniyle bu ünitelerde çalışan hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre, daha uzun süre hastane yatışı deneyimleyen kritik durumdaki hastaları izlemekte ve ölümlerle daha sık karşılaşmaktadırlar.³⁻⁵ Yoğun bakımda takip edilen hastaların klinik durumlarındaki ani değişiklikler, bu değişikliklere müdahale etmek için hızlı karar verme sorumluluğu, iş yükü

Geliş Tarihi/Received:10.03.2019; Kabul Tarihi/Accepted:01.08.2019

^aDoç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence: Zehra GÖK METİN

E-posta: zehragok85@hotmail.com

fazlalığı, yetersiz fiziki koşullar, birebir hasta bakımı, kullanılan teknolojik cihazlar, acil karar verme sorumluluğu, aşırı uyarıcı çevre, hareketlilik ve gürültünün fazla olması gibi stresörler hemşirelerin emosyonel ve fiziksel açıdan zorlanmasına ve belirgin stres yükü yaşamasına neden olmaktadır.⁵⁻⁹ Aşırı stres yüküne ek olarak, hemşireler hem bedensel hem de ruhsal açıdan zorluklar yaşamaktadır.⁹⁻¹¹ Zamanla YBÜ’nde çalışan hemşirelerde kronik stres ve yorgunluğa maruziyetin etkileri ile migren, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, iş veriminde azalma ve tükenme sendromu, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunların geliştiği de bildirilmektedir.^{7,9,11-13} Tüm bu durumlara bağlı olarak, hemşirelerin yaşam kaliteleri de olumsuz şekilde etkilenmektedir.^{13,14}

Literatür incelendiğinde, son yıllarda bireylerin stres ve yorgunluklarını azaltmada ve yaşam kalitelerini iyileştirmede aromaterapi, masaj, meditasyon, müzik terapi, nefes egzersizleri, progresif kas gevşeme egzersizleri (PGE) ve yoga gibi nonfarmakolojik yaklaşımların kullanıldığı görülmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Özellikle hemşirelik alanında hastaların semptomlarının giderilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasına yönelik son yıllarda bu nonfarmakolojik yaklaşımların sonuçlarının incelendiği çok sayıda araştırma gerçekleştirilmektedir.¹⁷⁻²⁰ Fakat, YBÜ’nde çalışan hemşirelerin yüz-yüze kaldığı aşırı stresi azaltmaya yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.²¹⁻²⁵ Bu sistematik incelemenin amacı, ülkemizde hasta bakımında kritik bir noktada görev alan, yoğun iş temposu ile çalışan, uyku sorunları, aşırı stres, yorgunluk yaşayan, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi psikososyal sorunlara açık olan YBÜ’nde çalışan hemşirelerin bu semptomları yönetmek için güncel literatürde yer alan nonfarmakolojik yaklaşımların sonuçları hakkında bilgilendirilmesidir. Bu bilimsel inceleme yazısının YBÜ’de çalışan hemşirelerin yaşadıkları stresi daha iyi yönetmeleri için nonfarmakolojik uygulamaları yaşamlarına entegre etmeleri konusunda motivasyon sağlayabileceği öngörülmektedir. Böylelikle YBÜ’nde stres yükü altında çalışan hemşirelerin kendi kendilerine kolaylıkla uygulayabileceği bu nonfarmakolojik yaklaşımların kullanımının artması ile

hemşirelerin stresten uzak, daha yüksek enerji ile motive halde çalışmalarını ve psikososyal açıdan desteklenmeleri sağlanabilecektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tasarım

Bu sistematik derlemede Higgins ve Green (2011) tarafından yayınlanan Cochrane Sistematik Derleme Rehberi (2011) temel alınmıştır.²⁶

Araştırma sorusunun belirlenmesi

Araştırma sorusunun çerçevesinin belirlenmesi için; araştırma sorusu katılımcıları (P: population), müdahaleleri (I: interventions), karşılaştırma gruplarını (C: comparators), sonuçları (O: outcomes) ve araştırma desenlerini (S: study designs) açıkça tanımlamak için yazar tarafından araştırma sorusu bileşenleri (PICOS) oluşturulmuştur (Tablo 1).

Literatür tarama adımları

Konu ile ilgili literatür taramasına geçmeden önce, öncelikle ön kaynak taraması yapılmış, alanda en çok kullanılan nonfarmakolojik yaklaşımlar (aromaterapi masajı, masaj, meditasyon, PGE ve Yoga) belirlenmiştir. Ardından Cochrane, PubMed, ScenceDirect, Türk Medline ve ULAKBİM Tıp veri tabanları üzerinden İngilizce anahtar kelimeler için Medical Subject Headings (MeSH) dizini, Türkçe anahtar kelimeler için Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’de yer alan “aromaterapi masajı”, “masaj”, “meditasyon”, “progresif kas gevşeme egzersizleri”, “Yoga”, “yoğun bakım hemşiresi” ve “klinik araştırma” anahtar kelimeleri ile ayrı ayrı tarama yapılmıştır. İngilizce anahtar kelimelerde ise Türkçe çeviriler kullanılmıştır.

Dahil edilme ve dışlama kriterleri

Araştırmaların dahil edilme kriterleri: (1) Deneysel veya yarı-deneysel çalışma tasarımına sahip olması, (2) YBÜ’nde görev yapan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmesi, (3) en az bir nonfarmakolojik yaklaşım kullanması, (4) stres düzeyini ölçen en az bir veri toplama aracı kullanması, (5) Türkçe veya İngilizce yayınlanmış olması ve (6) 2006-2018 yılları arasında gerçekleştirilmesi olarak belirlenmiştir. (1) Türkçe ve İngilizce dışında başka bir dilde yayınlanan, (2) deneysel tasarımı olmayan, (3) örnekleminde yoğun bakım hemşiresi olmayan,

Tablo 1. Araştırma sorusunun oluşturulması ve anahtar kelimelerin belirlenmesi

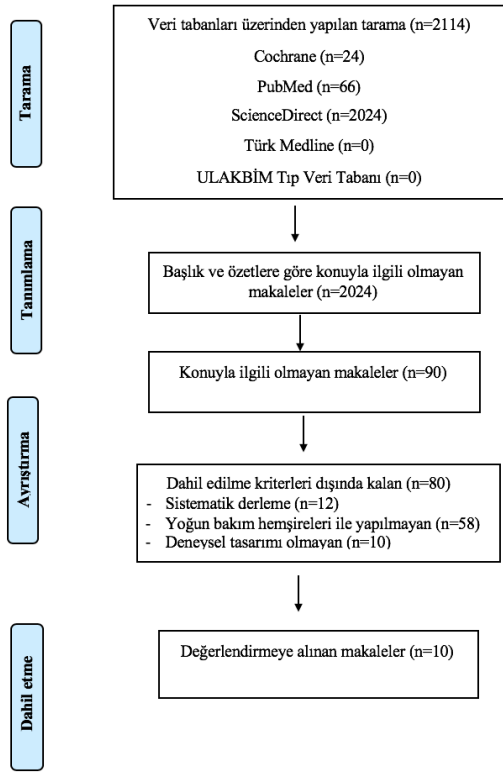
Sorunun bileşenleri	Tanımı / açıklama	Anahtar kelimeler	Alternatif tarama terimleri*
P: Hemşire	İlgilenen hedef grup	“aromaterapi masajı” “masaj”, “meditasyon”, “progresif kas gevşeme egzersizleri”, “Yoga”, “yoğun bakım hemşiresi” ve “klinik araştırma”	“aromatherapy massage” “massage” “meditation” Progressive muscle relaxation exercise” “Yoga” “Intensive care nurse” “Clinical trial” *Nursing “Nonpharmacological”
I: Uygulanan girişim	Nonfarmakolojik yaklaşımlar		
C: Karşılaştırma	Hemşirelerin müdahale öncesi stres puanları Kontrol grubu stres puanları		
O: Sonuçlar	Hemşirelerin stres ölçeği puanları		
S: Çalışmanın tasarımı	Yarı deneysel araştırmalar Randomize kontrollü klinik araştırmalar Ön test ve son test kontrollü araştırmalar Nitel (karma tip) araştırmalar		

(4) stresi değerlendirmeye yönelik spesifik bir ölçüm aracı kullanmayan, (5) 2006 yılı öncesinde yayınlanmış olan ve (6) sistematik derleme, meta-analiz, olgu raporu, tez çalışması, sempozyum-kongre bildirisi, editöre mektup veya devam eden çalışma niteliğinde olan araştırmalar ise bu derlemenin kapsamına alınmamıştır.

Araştırmaların seçilmesi

Makalenin yazarı tarafından veri tabanları üzerinden sırasıyla yukarıda belirtilen anahtar kelimeler kullanılarak ve yıl seçenekleri filtre edilerek detaylı literatür taraması yapılmış ve toplamda 2114 adet makaleye ulaşılmıştır. Makaleler başlıklarına göre ayrıştırılmış ve konu ile en ilgili olabilecek özetler (n=90) kayıt altına alınmıştır. Ardından özetler yazar tarafından titizlikle incelenmiş, dahil edilme ve

dışlama kriterleri göze alınarak tekrar ayrıştırılmıştır. Özet okuması sonrasında, sistematik derleme olan (n=12), örnekleminde yoğun bakım hemşiresi olmayan (58) ve deneysel tasarıma sahip olmayan (n=10) toplamda (n=80) araştırma dışlanmıştır. Geriye kalan (n=10) makalenin ise tam metinleri detaylıca okunmuş, dahil edilme kriterlerini karşıladığı için bu derlemenin kapsamına dahil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Makale seçim süreci

Verilerin bir araya getirilmesi

Bu sistematik derlemeye dahil edilen araştırmalara yönelik verilerin incelenmesi için yazar standart bir form kullanmıştır. İlgili formda araştırmanın numarası, araştırmada kullanılan nonfarmakolojik yaklaşım, araştırmanın yapıldığı ülke, yılı, yazarları, tasarımı, örneklem büyüklüğü, uygulama süresi, kullanılan ölçüm araçları ve sonuçlarına yönelik bilgileri içermiştir.

BULGULAR

Bu sistematik derleme kapsamında 10 adet araştırma makalesi incelenmiştir. Araştırmalardan 5 tanesi Amerika Birleşik Devletleri (ABD), diğerleri ise Brezilya, İran, İrlanda, Hindistan ve Malezya'da yürütülmüştür. Araştırmalarda aromaterapi dışında tüm nonfarmakolojik yaklaşımlar sertifika sahibi, konusunda deneyimli eğitimciler tarafından uygulanmıştır. Araştırmalardan 6 tanesi ön-test son-test karşılaştırılmalı yarı-deneysel, üç tanesi randomize kontrollü, biri ise karma tip tasarımı gerçekleştirilmiştir. Bulguların yorumlanmasında bütünleştirici özet yaklaşımından yararlanılarak, örneklem, uygulanan nonfarmakolojik yaklaşımlar,

kullanılan ölçüm araçları ve uygulama sonrası elde edilen sonuçlar şeklinde bir akış izlenmiştir (Tablo 2).

Örneklem

Pemberton ve ark. (2008)'nin ön test-son test karşılaştırılmalı tek gruplu araştırmasında 14 hemşireye aromaterapi uygulanmıştır. Brennan ve ark. (2006) çalışmasında 82 hemşire bire bir oranla randomizasyon yöntemiyle klasik İsveç masajı (n=41) ve kontrol gruplarına (n=41) atanmışlardır. Nazari ve ark. (2015) randomize kontrollü çalışmalarına klasik İsveç masajı (n=33) ve kontrol grubu (n=33) olmak üzere toplam 66 hemşire dahil etmişlerdir. Çalışmaların 5 tanesinde ise meditasyon uygulaması kullanmıştır. Bazarko ve ark. (2013) yarı-deneysel çalışmalarında 41 hemşireye meditasyon uygulamışlardır. Lan ve ark. (2014) tarafından yürütülen bir diğer yarı-deneysel çalışmada da benzer şekilde 41 hemşire araştırmaya dahil edilmiştir. Duchemin ve ark. (2015) bekleme listeli kontrol gruplu yürüttükleri randomize kontrollü pilot çalışmayı toplamda 32 hemşireye meditasyon yaptırarak tamamlamışlardır. Dos Santos ve ark. (2016) meditasyon uygulamasının etkilerinin incelendiği çalışmada karma tip araştırmaya 13 hemşire dahil etmişlerdir. Mahon ve ark. (2017) üç farklı hastanenin ikisinde 8 hafta, diğerinde ise 6 hafta olacak şekilde 90 hemşire ile başlattıkları yarı-deneysel çalışmada akşam şifitlerinde meditasyon uygulaması yaptırmış ve analizleri 64 hemşire ile tamamlamışlardır. Patel (2014) yürüttüğü yarı-deneysel araştırmada 30 hemşireye PGE uygulamıştır. Bernstein ve ark. (2015) gerçekleştirdikleri yarı-deneysel pilot çalışmada Yoga uygulamasına 34 hemşire dahil etmişlerdir. Araştırmalara dahil olan toplam hemşire sayısı 443 şeklinde hesaplanmıştır.

Nonfarmakolojik yaklaşımlar ve veri toplama prosedürleri:

Aromaterapi masajı

Pemberton ve ark. (2008) yürüttükleri yarı-deneysel araştırmada gündüz veya gece haftada en az üç gün 12'şer saatlik şifitlerle çalışan toplam 14 hemşireye topikal yolla aromaterapi uygulaması yaptırmışlardır. ²⁷ Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin aromaterapi karışımında kullanılan lavanta ve Miks adaçayı esansiyel yağlarına karşı duyarlılıkları olup olmadığını belirlemek için öncelikle tathı badem yağı içerisinde %6'lık lavanta, sonrasında %4'lük Miks adaçayı karışımı yama (patch) testi ile belirlenmiştir. Yama testi hemşirelerin

ön kolunda farklı iki bölgeye uygulanmış, cilt kapatılmıştır ve 12 saat süreyle hemşirelerin bu bölgelere dokunmaması, yıkamaması ve bantı kaldırmamaları istenmiştir. Kızarıklık ve tahriş olması halinde ise bantların kaldırılarak bölgenin su ve sabunla yıkanması gerektiği anlatılmıştır. 12 saat sonra yapılan değerlendirmede hemşirelerin hiçbirinde herhangi bir kızarıklık, hassasiyet veya alerji gelişmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 14 hemşire müdahale grubuna alınmıştır. Hemşirelere etiketli şekilde firmadan temin edilen cam damlalık şişeleri verilmiştir. Etiket numarası "1" olan cam şişede sadece tatlı badem yağı, etiket numarası "2" olan şişede ise %3'ü lavanta, %2'si Miks adaçayından oluşan, taşıyıcı yağı tatlı badem olan %5'lik aromaterapi karışımı yer almıştır. Hem taşıyıcı ve hem de esansiyel yağlar sertifikası olan bir firmadan temin edilmiştir. Hemşireler öncelikle altı şift (iki hafta) boyunca etiket numarası "1" olan şişe ile aromaterapi karışımını ön kollarının iç yüzeylerine 5 damla şeklinde topikal yolla uygulamışlardır. Etiket numarası "1" olan şişe ile uygulama bittikten sonra aynı işlem adımları etiket numarası "2" aromaterapi karışımı için de uygulanmıştır. Ayrıca, hemşirelere algıladıkları stres seviyesini gösteren 1-10 rakamları bulunan stres ölçeğini nasıl kullanmaları gerektiği anlatılmış, hissettikleri stres seviyesini bu forma işaretlemeleri gerektiği anlatılmıştır. Hemşirelere bu forma buçuklu değer (örneğin 3.5) işaretlememeleri bilgisi de verilmiştir. Ek olarak, hemşirelere topikal yolla aromaterapi uyguladıkları sürede ellerini sık sık yıkamamaları, başka bir krem veya losyon uygulamamaları gerektiği bilgisi hatırlatılmıştır. Uygulamadan önce, uygulamadan bir saat sonra ve 12 saatlik şiften sonunda kendilerine verilen stres derecelendirme formuna hissettikleri stres düzeyini işaretlemişlerdir. Uygulama öncesi ve sonrası hissedilen stres skorlarının ortanca değerleri karşılaştırılmıştır.²⁷

Klasik İsveç Masajı

Brennan ve ark. (2006) 10 dk. süreyle hemşireler sandalyede otururken uyguladıkları klasik İsveç masajı ile çalışma saatlerinde kullanılan rutin kahve molasının etkilerini karşılaştırdıkları çalışmada müdahale grubundaki (n=41) hemşireye masaj terapisti ile günde bir defa, toplamda 4 gün boyunca hastanenin 4 farklı katında birer defa olmak

üzere masaj uygulamışlar, kontrol grubundaki hemşireler (n=41) ise rutin kahve molası kullanmışlardır.²⁴ Masaj sırt, boyun, omuz, kollar ve eller şeklinde sırayla bölgelere öfloraj, petrisaj, vibrasyon ve friksiyon teknikleri yardımıyla uygulanmıştır. Masajdan 12 saat ve 24 saat sonraki gevşemenin etkisini değerlendirmek üzere hemşirelere evlerinde kullanmaları için izlem anketi verilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası ile 24 saat sonunda alınan izlem sonuçlarına göre algıladıkları stres puanları karşılaştırılmıştır.²⁴ Nazari ve ark. (2015) tarafından yürütülen ikinci klasik İsveç masajı çalışmasında ise 33 hemşire masaj grubunda, 33 hemşire kontrol grubunda olacak şekilde randomizasyonla araştırma gruplarına atanmışlardır.²⁸ Müdahale grubundaki hemşirelere öncelikle masajın adımları tarif edilmiş, ardından eller, bacaklar, sırt, göğüs ve bel olmak üzere sandalyede oturur pozisyonda masaj uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca hemşirelere araştırma boyunca başka bir programa dahil olmamaları gerektiği bilgisi verilmiştir. Veriler, masaj uygulamasından önce, hemen sonra ve iki hafta sonra olacak şekilde toplanmıştır. İki grup arasındaki işle ilgili stres skorları Student t test yardımıyla karşılaştırılmıştır.

Meditasyon

Bazarko ve ark. (2013) farkındalık temelli stres azaltıcı program uygulamasının hemşirelerin stres, sağlık durumu ve iyilik hallerine etkisini incelemişlerdir. Hemşireler, 8 hafta süren, ilk 6 hafta telefonla haftalık 1.5 saat şeklinde, son iki hafta ise iki saat bire bir uygulama yoluyla verilen grup oturumlarına katılmışlardır.²⁹ Bu program sırasında hemşirelere farkındalık temelli meditasyon uygulamaları rehber eşliğinde anlatılmış, grup paylaşım ve tartışmaları kolaylaştırılmış, hafif germe ve yoga hareketleri gösterilmiş, günlük çalışma ve ev ödevleri verilmiş ve katılımcıların hedeflenen desteğe ulaşmaları sağlanmıştır. Katılımcılara rehber eşliğinde CD, DVD, çalışma kitabı ve Jon Kabat-Zinn (1990) tarafından kaleme alınan "*Tam felaket yaşam: stres, ağrı ve hastalıkla yüzleşmek için bedeninizin ve zihninizin bilgelikliğini kullanma*" isimli kitap verilmiştir. Hemşireler ev ödevlerini 25-30 dk. olarak yürütmüşler ve kayıtlı halde kendilerine verilen, dikkatin nefese odaklandığı, oturarak yapılan meditasyonu 2-4. haftalar arasında uygulamışlardır.

Araştırmaya toplam 41 hemşire dahil olmuş, fakat tüm veri toplama aşamaları 36 hemşire ile tamamlanabilmiştir. Farkındalık temelli stres azaltıcı programın hemşirelerin stres, tükenmişlik, genel ve ruhsal sağlık, dinginlik, empati ve öz-merhamet gibi parametreleri üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi için hemşirelerden programa başlamadan iki hafta önce, 8 haftalık programın sonunda ve program bittikten sonraki 2. ve 4. aylarda izlem amaçlı tekrarlı ölçümler alınmıştır.²⁹

Lan ve ark. (2014) yapılan tek gruplu ön-test, son-test yarı-deneysel tasarımı ikinci meditasyon çalışmasında ise hemşirelere farkındalık temelli meditasyonun kısa bir formu olan farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanmıştır. Program, haftada iki saat, toplam beş hafta uygulanmıştır. Ayrıca, katılımcılar günlük 5-10 dk. kendilerine verilen kitapçık ve CD yoluyla pratik yapmışlardır.³⁰ Her hafta iki saatlik seanslar öncesi grup tartışması ve paylaşımları yapılmış, vücut tarama ve diğer egzersizler öğretilmiştir. Grubun uygulama öncesi ve sonrası stres, anksiyete ve depresyon skorları karşılaştırılmıştır.

Duchemin ve ark. (2015) yürüttükleri randomize kontrollü pilot çalışmada, 32 hemşireyi, 16 müdahale ve 16 kontrol grubu (bekleme listesi) şeklinde atamışlardır.

Katılımcılara toplamda 8 hafta süreyle, 5. haftanın iki saat, diğer haftaların ise 1 saat sürdüğü grup oturumları yoluyla meditasyon uygulanmıştır. tarama, hafif germe, yoga, müzik eşliğinde PGE ve farkındalık yoluyla yemek yemeyi de içine alan program akışı takip edilmiştir.

Dos Santos ve ark. (2016) tarafından yapılan güncel karma tipli tasarıma sahip araştırmada 13 hemşireye, her oturum 60 dk. sürecek şekilde grup halinde toplamda 24 kez, 6 hafta stres azaltıcı meditasyon uygulanmıştır. Grup oturumlarında dikkat ve konsantrasyonu sağlama eğitimi, vücut tarama, farkındalık eşliğinde nefes egzersizleri, sevgi dolu nezaket meditasyonu yaptırılmış ve grup paylaşımları sürdürülmüştür. Uygulamanın başlangıcında, uygulamanın sonunda ve uygulama tamamlandıktan sonraki 6. haftada izlem amaçlı nicel veri toplama araçları uygulanmıştır.²² Ayrıca, katılımcıların program hakkındaki görüşlerini almak üzere programın bitiminde görüşleri nitel görüşmeler yoluyla kayıt edilmiştir. Araştırma bulgularının analizinde başlangıç, 6. hafta ve program sonrasındaki 6.

haftada tekrarlanan ölçek verilerinin karşılaştırılmasından yararlanılmıştır.

Mahon ve ark. (2017) üç farklı hastanede yürütülen yarı-deneysel çalışmada, hemşirelere 6 veya 8 hafta süreyle her hafta 2 saat olacak şekilde akşam shiftlerinde meditasyon uygulanmıştır. Araştırmaya 90 hemşire ile başlanmış, fakat tüm veri toplama aşamalarını tamamlayan hemşire sayısı 64 ile sınırlı kalmıştır.³² Hemşirelere meditasyon başlamadan önce, 6. veya 8. hafta sonunda veri toplama araçları uygulanmıştır. Bulguların analizi için hemşirelerin stres ve öz-merhamet düzeylerini içeren pre-test ve post-test puanları karşılaştırılmıştır.

Katılımcılar, araştırma boyunca CD eşliğinde günlük 20 dk. süren ev egzersizlerini sürdürmüşlerdir. Müdahale grubuna dahil edilen ilk 16 hemşirenin uygulaması bitirildikten sonra, bekleme listesine alınan hemşirelerde de aynı uygulamaya devam edilmiştir.³¹ Müdahalenin etkisini değerlendirmek üzere, hemşirelerden kendilerine verilen bir bezi tükürük salgısını artırmak için yavaşaça çiğnemeleri ve tükürüklerini toplama tüplerine koymaları istenmiştir. Biriktirilen örnekler +4°C'de 10 dk. bekletilmiş, sonrasında analizler için -70°C'de dondurulmuştur. Hemşirelerin tükürük salgısındaki amilaz düzeyi, algıladıkları stres ve tükenmişlik skorları ise başlangıç ve ikinci ay sonu şeklinde karşılaştırılmıştır.

Progresif kas gevşeme egzersizleri (PGE)

Patel (2014) tek gruplu yarı-deneysel araştırmada 30 hemşireye 15 gün boyunca günde 1 defa olacak şekilde PGE yaptırmıştır. Uygulamadan önce (1. gün) ve uygulamadan sonraki ilk gün (16. gün) olmak üzere hemşirelerin algıladıkları stresi değerlendirmiş ve bu skorları birbiri ile karşılaştırmıştır.³³

Tablo 2. Sistematik derlemeye dahil edilen araştırmaların özellikleri (n=10)

No	Nonfarmakolojik uygulama	Ülke	Yıl	Yazarlar	Araştırma tasarımı	Örneklem büyüklüğü	Uygulama süresi	Kullanılan ölçüm araçları	Sonuçlar
1	Aromaterapi masajı	ABD	2008	Pemberton ve Turpin	Ön test-son test karşılaştırılmalı yarı-deneysel pilot çalışma	14 hemşire	4 hafta (Toplam 6 şift) Katılımcılar şiftlerinde Lavanta (%3) ve Misk adaçayından (%2) oluşan %5'lik aromaterapi karışımını her iki ön kolun iç yüzeyine 5 damla dökerek ovalama yoluyla uygulamışlardır.	-Stres Düzey Ölçeği (1-10)	Müdahale grubunda işle ilgili stres düzeyinde toplamda %57,1 oranında azalma olduğu belirtilmiştir.
2	Masaj	ABD	2006	Brennan ve DeBate	Randomize kontrollü klinik çalışma	82 hemşire Klasik İsveç masajı (n=41) Kontrol grubu (n=41)	4 gün Sandalyede katılımcılara günde 1 defa, 10 dk. süreyle toplam 4 defa klasik İsveç masajı uygulanmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği	Müdahale grubunda algılanan stres düzeyinde anlamlı düzeyde azalma olduğu rapor edilmiştir.
3		İran	2015	Nazari ve ark.	Randomize kontrollü klinik çalışma	66 hemşire Klasik İsveç masajı (n=33) Kontrol grubu (n=33)	4 hafta Katılımcılara haftada 2 defa, her birinde 25 dk. olacak şekilde klasik İsveç masajı uygulanmıştır.	-Mesleki Stres Ölçeği	Uygulamadan iki hafta (6. haftada) sonra yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki hemşirelerin stres puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir.
4	Meditasyon	ABD	2013	Bazarko ve ark.	Non-randomize ön test-son test karşılaştırılmalı çalışma	41 hemşire	8 hafta Katılımcılara haftada 1,5 saat olmak üzere 6 hafta boyunca tele-konferans yoluyla, kalan iki hafta ise bir merkezde yüz-yüze olarak meditasyon uygulanmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği -Kopenhag Tükenmişlik Envanteri - SF-12 Sağlık Anketi -Kısa Dinginlik Ölçeği - Jefferson Hekim Empati Ölçeği -Öz-merhamet Ölçeği	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres ve tükenmişlik düzeylerinde anlamlı azalma, genel sağlık, dinginlik, empati ve öz-merhamet düzeylerinde

									ise anlamlı artma olduğu rapor edilmiştir.
5		Malezya	2014	Lan ve ark.	Tek gruplu yarı-deneysel ön-test son test karşılaştırmalı çalışma	41 hemşire	5 hafta Katılımcılara haftada 2 saat olacak şekilde toplam 5 hafta kısa farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği - Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği -Dikkat ve Farkındalık Ölçeği - Subjektif Mutluluk Ölçeği	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı azalma, dikkat-farkındalık ve mutluluk düzeylerinde ise anlamlı artma olduğu bildirilmiştir.
6		ABD	2015	Duchemin ve ark.	Randomize kontrollü pilot çalışma	32 hemşire	8 hafta Katılımcılara 8 hafta boyunca, haftada 1 saat şeklinde meditasyon, yoga hareketleri ve müzik eşliğinde gevşeme egzersizleri uygulanmış ve katılımcılar evde 20 dk. boyunca bu uygulamaları yapmaları konusunda teşvik edilmişlerdir.	-Algılanan Stres Ölçeği -Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği -Maslach Tükenmişlik Envanteri -Profesyonel Yaşam Kalitesi - Tükürükte amilaz düzeyi	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres düzeylerinde ve Maslach tükenmişlik envanteri puanlarında gruplar arasında fark yokken; Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği puanlarında ve tükürük amilaz düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir.
7		Brezilya	2016	Dos Santos ve ark.	Miks-model (kalitatif ve kantitatif) pilot çalışma	13 hemşire	6 hafta Katılımcılara her oturum 60 dk. sürecek şekilde grup halinde toplamda 24 kez meditasyon uygulanmıştır. Dikkat ve konsantrasyonu sağlama eğitimi, vücut tarama, farkındalık eşliğinde nefes egzersizleri ve sevgi dolu nezaket meditasyonu yaptırılmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği -Maslach Tükenmişlik Envanteri -Beck Depresyon, Ölçeği - Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri -Yaşam Memnuniyeti Ölçeği -Öz-merhamet Ölçeği -WHO Kısa Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği -İş Stres Ölçeği -Grup görüşmeleri	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı azalma, genel sağlık düzeylerinde ise anlamlı artma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hemşireler, iç deneyime karşı reaktivitelerinde iyileşme olduğunu, iç ve dış deneyimleri daha dikkatli algıladıklarını, her an gelişen eylem ve tutumlara karşı dikkat

									ve farkındalıklarının daha yüksek olduğunu ve stres azaltma programının hemşirelik faaliyetlerinde olumlu bir etki sağladığını bildirmişlerdir.
8		İrlanda	2017	Mahon ve ark.	Ön test-son test karşılaştırılmalı yarı-deneysel çalışma	90 hemşire	6-8 hafta Katılımcılara her hafta 2 saat olarak 8 veya 6 hafta boyunca akşam şiftilerinde meditasyon uygulanmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği -Merhamet Ölçeği	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres düzeyinde anlamlı azalma, merhamet düzeyinde ise anlamlı düzeyde artma olduğu belirtilmiştir.
9	Progresif kas gevşeme egzersizleri	Hindistan	2014	Patel	Tek gruplu yarı-deneysel ön-test son test karşılaştırmalı çalışma	30 hemşire	15 gün Katılımcılara hastanede günde bir defa olacak şekilde toplam 15 gün progresif kas gevşeme egzersizleri yaptırılmıştır.	- Stres Derecelendirme Ölçeği	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres düzeylerinde azalma olduğu belirtilmiştir.
10	Yoga	ABD	2015	Bernstein ve ark.	Tek gruplu nan-randomize yarı-deneysel pilot çalışma	34 hemşire	6 hafta Katılımcılara her hafta 6 defa- toplam 6 hafta yoga postürleri, kasların gevşetilmesi, doğru nefes alma ve sessizlik eşliğinde düşünme tekniklerini kapsayan yoga yaptırılmıştır.	-Algılanan Stres Ölçeği	Uygulamadan sonra hemşirelerin algılanan stres düzeylerinde azalma olduğu rapor edilmiştir.

Yoga

Bernstein ve ark. (2015) gerçekleştirdiği, tek gruplu yarı-deneysel pilot araştırmada, katılımcılara her hafta 6 defa, toplam 6 hafta yoga postürleri, kasların gevşetilmesi, doğru nefes alma ve sessizlik eşliğinde düşünme tekniklerini kapsayan Hatha Yoga uygulanmıştır.²⁵ Başlangıçta 34 hemşire ile uygulama öncesi ölçümler yapılmış, fakat izlemde ancak 13 hemşireye ulaşılabilmektedir. Uygulamanın ilk iki haftasında başlangıç ve son uygulamadan sonra ise izlem amaçlı veri toplanmış ve sonuçlar pre-test post-test şeklinde karşılaştırılmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmaların çoğunluğunda (n=7) hemşirelerin stres düzeyini değerlendirmeye yönelik “Algılanan Stres Ölçeği”, kalan üçünde ise “Stres Düzey Ölçeği”, “Mesleki Stres Ölçeği” ve “Stres Derecelendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Stres parametresine ek olarak araştırmalarda uygulanan nonfarmakolojik yaklaşımların etkili olabileceği düşünülen tükenmişlik için Maslach Tükenmişlik Envanteri (n=2) ve Kopenhag Tükenmişlik Envanteri (n=1), anksiyete ve depresyon için Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (n=2), Beck Depresyon Ölçeği (n=1) ve Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (n=1), genel sağlık durumu için “SF-12 Sağlık Anketi” (n=1), “Profesyonel Yaşam Kalitesi” (n=1) ve “Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği” gibi veri toplama araçlarından yararlanılmıştır. Bunlara ek olarak, katılımcılarda öz-merhamet (n=3) dinginlik (n=1), yaşam memnuniyeti (n=1), sübjektif mutluluk (n=1) ve dikkat-farkındalık (n=1) durumlarını belirlemeye yönelik spesifik ölçüm araçları uygulanmıştır (Tablo 1).

TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları stresi yönetmeye yönelik uygulanan nonfarmakolojik yaklaşımları ve etkilerini inceleyen bu sistematik derleme sonucunda, nonfarmakolojik yaklaşımların stresi azaltmada olumlu etkiler sağladığı ortaya konmuştur. Ayrıca, müdahale prosedürlerinin aşamalarının detaylı şekilde açıklanması, YBÜ hemşirelerinin stresle baş etmede bu uygulamaları kendilerine nasıl aktarılacakları konusunda yol gösterici olmuştur.

Sistematik derlemeye dahil olan araştırmalar detaylıca incelendiğinde, özellikle 2013

yılından başlayarak YBÜ’nde çalışan hemşirelerin stres düzeylerini azaltmada meditasyona olan ilginin artmış olması dikkat çekicidir. Bu çalışmalardan ikisi ABD, biri Avrupa ülkesinde, diğerleri ise Brezilya ve Malezya gibi farklı ülkelerde gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ise YBÜ’nde çalışan hemşirelerde meditasyon uygulamasının etkilerinin incelendiği herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Meditasyon kelime anlamı olarak bir şey veya bir olay üzerine yoğunlaşma şeklinde ifade edilmektedir.³⁴ Bu uygulama sırasında katılımcılara özellikle buldukları anın içinde olmayı, kendileri ile ilgili olumlu ve olumsuz tüm özellikleri kabullenmeyi, doğru nefes alma tekniğini, vücut tarama yollarını ve rahatsız eden düşüncelerden kurtulmayı sağlayan beceriler kazandırılmaktadır.³⁵ Bu derleme kapsamına alınan araştırmalar ele alındığında, uygulama süresinin çoğunda 8 hafta, bazılarında ise küçük değişiklikler yapılmak suretiyle en az 5 veya 6 hafta olduğu dikkat çekmektedir. Farkındalık temelli meditasyon Kabat-Zinn tarafından literatüre kazandırılan, grup eğitimini temel alan ve araştırmaların çoğunda algılanan stres düzeyini azaltan, dinginliği ve yaşam kalitesini artıran zihin-beden temelli uygulamalar arasında önemli oranda popülerite kazanmaya devam etmektedir. Kanser, kronik ağrı, stres, anksiyete, uyku problemi tanısı olan veya sağlıklı bireylerde meditasyonun etkilerinin incelendiği çalışmalarda da sonuçlar benzerlik göstermektedir.³⁶⁻³⁹ Buradan hareketle, YBÜ’nde çalışan hemşirelerin stres yönetiminde etkili olduğu bilinen ve kolayca uygulanabilen meditasyona yönelik araştırma sonuçlarını takip etmeleri ve bu uygulama konusunda eğitim alarak, meditasyonu kendi hayatlarına entegre ederek kronik stresin vücutta oluşturabileceği olumsuzlukların önüne geçebilmeleri önerilmektedir.

Meditasyona ek olarak, son yıllarda hemşirelik literatüründe özellikle farklı hasta popülasyonlarında stres, ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, ajitasyon gibi semptomların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında masaj uygulamasının farklı tiplerinin veya aromaterapinin etkilerinin incelendiği çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir.⁴⁰⁻⁴⁴ Nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşımları dendiğinde ilk akla gelen ve en köklü girişimlerden biri olan masajın ağrı, yorgunluk, stres, gerginlik, uyku ve yaşam kalitesi gibi pek çok parametrede olumlu etkiler sağladığı

bildirilmektedir.^{17,45,46} Benzer şekilde bu sistematik derleme kapsamına alınan her iki masaj çalışmasında da YBÜ’nde çalışan hemşirelere klasik İsveç masajı uygulanmış ve masajın stres düzeyini anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir.^{24,28} Aromaterapide ise taşıyıcı yağlar içerisine belirli oranlarda eklenen esansiyel yağların içeriğinde bulunan etken maddelerin yardımı ile özellikle koku algısı ve dokunma duyusunun uyarılması yoluyla pek çok semptom üzerinde anlamlı iyileşmeler sağlanabilmektedir.⁴⁷ Benzer şekilde derleme kapsamına alınan yalnızca bir adet aromaterapi masajı çalışmasında da hemşirelerin stres düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu bildirilmiştir.²⁷ İlgili araştırmada aromaterapi literatüründe en sık kullanılan lavanta yağının stres ve gerginlik üzerindeki olumlu etkileri kabul görmüştür.^{48,49} Sözü edilen araştırmada, araştırmacıların verdiği basit düzeyde eğitim ve alınan tedbirler yoluyla YBÜ hemşireleri aromaterapi uygulamasını topikal yolla şiflerinde kendi kendilerine uygulamışlar ve müdahalenin sonuna kadar araştırmaya devam konusunda isteklilik göstermişlerdir.²⁷ Sonuçlar doğrultusunda, aromaterapiye yönelik uygun ve yeterli eğitimin ardından, aromaterapinin YBÜ hemşirelerinin yaşadıkları sorunlardan stres başta olmak üzere yorgunluk, uykusuzluk ve tükenmişlik gibi durumları iyileştirmede önemli bir potansiyele sahip olduğu ve bu alanda yapılacak yeni araştırmalara gereksinim duyulduğu dikkate alınmalıdır. Nonfarmakolojik yaklaşımlardan biri olan PGE, insan vücudunda baştan ayaklara kadar bütün kas gruplarının istemli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içeren bir egzersiz türüdür.³⁵ Vücutta uzun süre devam eden stresin etkilerini azaltmayı, bireyin ilgisinin başka yöne çekilmesini ve iskelet kaslarının rahatlatılmasını sağlar.^{35,38} Yoga ise bedensel bir uğraştan ziyade, fizyolojik, psikolojik ve ruhsal açıdan bütünlüğü sağlamaya yardımcı olan ve gerçek benliği keşfetmeyi sağlayan pratik bir sistemdir.^{50,51} Progresif kas gevşeme egzersizleri ve Yoga perspektifinden bakıldığında ise, her iki araştırmanın da görece küçük örneklem ve yarı-deneysel tasarımı yapıldığı ve sonuçların genelleştirilemeyeceği akılda bulundurulmalıdır. Araştırmaların ikisinde de uygulama öncesi ve sonrası hemşirelerin algıladıkları stres skorları karşılaştırılmış ve stres düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir.^{25,33} Literatürde PGE ve Yoganın etkilerinin incelendiği çalışmalarda da

katılımcıların stres, anksiyete, kaygı ve depresyon skorlarının azaldığına ilişkin paralel sonuçlar bulunmaktadır.⁵²⁻⁵⁶ Ülkemizde Yogaya olan ilgi artmakla birlikte henüz istendik seviyede değildir, PGE ise daha çok hasta popülasyonları üzerinde yapılan klinik araştırmalarla sınırlı kalmaktadır. Hem YBÜ hemşirelerinde hem de farklı gruplarda PGE ve Yoganın strese etkilerinin incelendiği örneklemi büyük olan randomize kontrollü tasarıma sahip araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

Sınırlılıklar

Bu sistematik derlemede araştırma konusuyla ilgili olan sınırlı sayıda sadece 10 çalışma olduğu için tüm sonuçların dikkatle ve titizlikle yorumlanması ve genelleştirilmemesi gereklidir. Alana geniş bir perspektif kazandırabilmesi için yazar tüm deneysel araştırmaları dahil etmiş, sadece randomize kontrollü araştırmalar ile sınırlı kalmamıştır. Bu durum da araştırmaların örneklem büyüklüğünün hesaplanması, araştırma gücü, körleme ve bias riski gibi durumların incelenmesini mümkün kılmamıştır. Ayrıca, derleme kapsamına ülkemizde YBÜ’nde çalışan hemşirelerde yaşanan strese yönelik nonfarmakolojik yaklaşımların etkisini inceleyen ve yayınlamış olan bir araştırma olmadığı için sadece İngilizce yayınlar dahil edilebilmiştir. Bunun yanı sıra, derlemenin tek yazarlı olması, literatür taramasının 5 veri tabanı üzerinden gerçekleştirilmesi ve tez çalışması, konferans bildirisi, editöre mektup gibi gri literatürü oluşturan kaynakların elenmesi de önemli bir sınırlılık olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Bu sistematik derleme sonuçları, kapsama alınan çalışmaların sayıca yetersiz olduğunu, ülkemizde konuya yönelik şimdiye kadar herhangi bir araştırma yayınlanmadığını, uygulama sürelerinde farklılıklar olduğunu, öte yandan YBÜ’nde çalışan hemşirelerde uygulanan aromaterapi, masaj, meditasyon, PGE ve Yoga gibi nonfarmakolojik yaklaşımların algılanan stres düzeyini azaltmada olumlu etkilerinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu kapsamda, nonfarmakolojik uygulamaların etkilerinin değerlendirildiği örneklemi büyük olan randomize kontrollü araştırmaların sayısının artırılması ve bu uygulamaları kombine eden yeni araştırmaların

hem YBÜ hemşirelerin de hem de farklı araştırma örneklerinde planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Balsanelli AP, Cunha ICKO. The work environment in public and private intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(6):561-568.
2. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017;8(2):95-101.
3. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papanthanasoglou ED. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(5):847-857.
4. Zaybak A, Çevik K. Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*. 2015;6(1).
5. Şengül Ü, Özlem D, Karabacak Ü. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin örgütsel stres düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2015;19(1):15-20.
6. Preto VA, Pedrão LJ. Stress among nurses who work at the intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43(4):841-848.
7. Dede M, Çınar S. Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2008;1(1):3-14.
8. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira Emd, Costa ALS, Padilha KG. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(SPE):58-64.
9. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(4):506-518.
10. Kızılırmak M, Demir S. Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(2).
11. El-aal NHA, Hassan NI. Relationship between staff nurse's satisfaction with quality of work and their levels of depression, anxiety, and stress in critical care units. *Journal of American Science*. 2014;10(1s).
12. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008;12(1):1-11.
13. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;2012(1):17-23.
14. Şahin DS, Önal Ö, Kılınc AS, Sütü SP. Acil ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Paper presented at: Halk Sağlığı Kongresi 2014.
15. Tashani O, Burnett D, Phillips G. The Effect of Brief Mindfulness Meditation on Cold-Pressor Induced Pain Responses in Healthy Adults. *Pain Studies and Treatment*. 2017;5:11-19.
16. Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluchter M, Leeming R. Effects of music therapy on anesthesia requirements and anxiety in women undergoing ambulatory breast surgery for cancer diagnosis and treatment: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(28):3162.
17. Gok Metin Z, Arıkan Donmez A, İzgu N, Özdemir L, Arslan IE. Aromatherapy massage for neuropathic pain and quality of life in diabetic patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(4):379-388.
18. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer

- survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(8):1231-1240.
19. Lee C-H, Lai C-L, Sung Y-H, Lai MY, Lin C-Y, Lin L-Y. Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*. 2017;26(7):1819-1829.
 20. Boitor M, Martorella G, Arbour C, Michaud C, Gélinas C. Evaluation of the preliminary effectiveness of hand massage therapy on postoperative pain of adults in the intensive care unit after cardiac surgery: a pilot randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*. 2015;16(3):354-366.
 21. Davis C, Cooke M, Holzhauser K, Jones M, Finucane J. The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2005;8(1-2):43-50.
 22. dos Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Nogueira-Martins LA. Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore*. 2016;12(2):90-99.
 23. Davies WR. Mindful meditation: healing burnout in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2008;22(1):32-36.
 24. Brennan MK, DeBate RD. The effect of chair massage on stress perception of hospital bedside nurses. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2006;10(4):335-342.
 25. Bernstein AM, Kobs A, Bar J, et al. Yoga for stress management among intensive care unit staff: A pilot study. *Alternative and Complementary Therapies*. 2015;21(3):111-115.
 26. Higgins J, Altman D, Sterne J. assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* (updated March 2011). The Cochrane Collaboration; 2011. 2011.
 27. Pemberton E, Turpin PG. The effect of essential oils on work-related stress in intensive care unit nurses. *Holistic nursing practice*. 2008;22(2):97-102.
 28. Nazari F, Mirzamohamadi M, Yousefi H. The effect of massage therapy on occupational stress of Intensive Care Unit nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015;20(4):508.
 29. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of workplace behavioral health*. 2013;28(2):107-133.
 30. Lan HK, Subramanian P, Rahmat N, Kar PC. The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*. 2014;31(3):22.
 31. Duchemin A-M, Steinberg BA, Marks DR, Vanover K, Klatt M. A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: effects on salivary α -amylase levels. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2015;57(4):393.
 32. Mahon MA, Mee L, Brett D, Dowling M. Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of research in nursing*. 2017;22(8):572-583.
 33. Patel MP. A study to assess the effectiveness of progressive muscle relaxation therapy on stress among staff nurses working in selected hospitals at Vadodara City. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2014;3(3):34-59.
 34. Bodhi B. What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*. 2011;12(01):19-39.

35. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette Books; 2009.
36. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2014;174(3):357-368.
37. Winbush NY, Gross CR, Kreitzer MJ. The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *EXPLORE: the Journal of Science and Healing*. 2007;3(6):585-591.
38. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):29-36.
39. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, Bower JE. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(4):397.
40. Lee S-H, Kim J-Y, Yeo S, Kim S-H, Lim S. Meta-analysis of massage therapy on cancer pain. *Integrative cancer therapies*. 2015;14(4):297-304.
41. Metin ZG, Ozdemir L. The effects of aromatherapy massage and reflexology on pain and fatigue in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*. 2016;17(2):140-149.
42. Rashvand F. Effect of massage therapy on postoperative nausea and vomiting in cancer patients receiving chemotherapy. *International Journal of Nursing*. 2016.
43. Schaub C, Von Gunten A, Morin D, Wild P, Gomez P, Popp J. The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: A Pilot Study. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2018;43(4):319-332.
44. Bennett S, Bennett MJ, Chatchawan U, et al. Acute effects of traditional Thai massage on cortisol levels, arterial blood pressure and stress perception in academic stress condition: A single blind randomised controlled trial. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2016;20(2):286-292.
45. Malekshahi F, Aryamanesh F, Fallahi S. The effects of massage therapy on sleep quality of patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Sleep and Hypnosis*. 2018;20:91-95.
46. Boitor M, Martorella G, Maheu C, Laizner AM, Gélinas C. Effects of Massage in Reducing the Pain and Anxiety of the Cardiac Surgery Critically Ill—a Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine*. 2018;19(12):2556-2569.
47. Singer J, Schneider R. *Smart Scents: A guide to effective aromatherapy*. Ebozon Verlag; 2016.
48. Yaghoobi K, Kaka G, Davoodi S, Ashayeri H. Therapeutic effects of *Lavandula angustifolia*. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2016;17(4).
49. Chen MC, Fang SH, Fang L. The effects of aromatherapy in relieving symptoms related to job stress among nurses. *International journal of nursing practice*. 2015;21(1):87-93.
50. Yesudian S, Haich E. *Yoga: Uniting East and West*. Routledge; 2018.
51. Cramer H, Anheyer D, Lauche R, Dobos G. A systematic review of yoga for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017;213:70-77.
52. Sciarrino NA, DeLucia C, O'Brien K, McAdams K. Assessing the effectiveness of yoga as a complementary and alternative treatment for post-traumatic stress disorder: a review and synthesis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(10):747-755.

53. Sagadore T, Selkow N, Begalle R. The Effectiveness of A 4-Week Yoga Intervention on Core Muscle Activation, Pain and Functional Disability Among Healthy and Low Back Pain Participants. *Yoga Practice Phys Ther: YPPT-132*. 2017.
54. Price M, Spinazzola J, Musicaro R, et al. Effectiveness of an extended yoga treatment for women with chronic posttraumatic stress disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(4):300-309.
55. Roozbahani T, Nourian M, Saatchi K, Moslemi A. Effect of Progressive Muscle Relaxation on Anxiety in Pre-University Students: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2017;27(1):32-37.
56. Gangadharan P, Madani AH. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation Techniques on Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students. *Int J Health Sci Res*. 2018;8(2):155-163.

YOĞUN BAKIMDA HEMŞİRELERİN KULLANDIĞI HASTA DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ: TEKNOLOJİ VE FİZİKSEL MUAYENE KULLANIMI

PATIENT ASSESSMENT METHODS USED BY NURSES IN INTENSIVE CARE: USE OF TECHNOLOGY AND PHYSICAL EXAMINATION

Ayşegül KORKMAZ DOĞDU^a, Fatma DURSUN ERGEZEN^a, Emine KOL^b

ÖZ Yoğun bakım üniteleri, hastalara yaşam desteği sağlayan, yüksek teknolojik cihazların kullanıldığı, hastaların sürekli izlem ve değerlendirmesinin yapıldığı özelleşmiş alanlardır. Her geçen gün teknolojideki ilerleme ve yenilikler hemşirelik bakımını ve hastaya dokunmayı etkilemekte, fiziksel muayene kullanımını gölgede bırakmaktadır. Bu bağlamda makale hastanın tedavi ve bakımında gerekli olan teknolojinin kullanımı ile birlikte fiziksel muayeneye öncelik verilmesi konusunda farkındalığı arttırmak amacıyla yazılmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirmesi ve izleminde teknolojik cihazların kullanımı oldukça yaygındır. Literatürde hastanın hayati parametrelerinin izlemi ve değerlendirilmesi amacı ile teknolojinin doğru, zamanında ve amaçlı kullanımının bakımın kalitesini, hasta güvenliğini, hemşirenin otonomisini ve güvenini artırdığı; fakat cihazların kullanımı ve elde edilen bilgilerin doğruluğu ile ilgili birtakım sorunların yaşandığı belirtilmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel muayene ile değerlendirdikleri bulgular çoğunlukla vücut sıcaklığı, nabız, solunum, kan basıncı, boy ve kilo ölçümü ile sınırlıdır. Bu parametrelerinin teknolojik cihazlar ile daha hızlı ve kolay ölçümü hemşireleri teknoloji kullanımına yönlendirmektedir. Üstelik giderek artan bu eğilim hastanın durumu stabilize olduktan sonra bile hastanın izlem cihazlarına bağımlı kalmasına neden olmaktadır. Literatürde yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel muayene yöntemlerini diğer kliniklere göre daha sık kullandığı ancak uygulamaların amaçsız ve eksik olduğu belirtilmektedir. Literatürde yoğun bakım ünitelerinde hastayı değerlendirme sürecinde teknolojinin ve fiziksel muayenenin kullanıldığı ancak teknolojinin daha çok kullanıldığı görülmektedir. Teknolojik cihaz ve fiziksel muayene kullanımının hasta bakımına önemli faydaları bulunmaktadır. Bundan dolayı yoğun bakım ünitelerinde her iki yöntemin birlikte kullanılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Fiziksel muayene, hasta değerlendirmesi, teknoloji kullanımı, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Intensive care units are specialized areas that provide life support to patients, where high technology devices are used and continuous monitoring, assessments of patients is performed. Advances in technology and innovations daily affect nursing care and patient touch, and the use of physical examination is overshadowed. In this context, the aim of the article is to raise awareness about the use of technology necessary for the treatment and care of the patient, as well as prioritizing physical examination. In intensive care units, the use of technological devices in patient assessment and monitoring is quite common. In the literature, accurate, timely and purposeful use of technology for monitoring and assessment the patient's vital parameters increases the quality of care, patient safety, and the autonomy and confidence of the nurse; however, it is stated that there are some problems with the use of the devices and the accuracy of the information obtained. The findings evaluated by intensive care nurses by physical examination are mostly limited to body temperature, pulse rate, respiration rate, blood pressure, height and weight measurement. Faster and easier measurement of these parameters with technological devices leads nurses to use this technology. Moreover, this increasing tendency causes the patient to remain dependent on the monitoring devices even after their condition have stabilized. In the literature, it is stated that critical care nurses use physical examination methods more frequently than other clinics, but their practice are aimless and incomplete. In the literature, it is seen that technology is used more than physical examination in the assessment process of patients in intensive care units. The use of technological devices and physical examination methods in patient care has important benefits. Therefore, it is important to use both methods together in intensive care units.

Key words: Physical examination, patient assessment, use of technology, intensive care unit

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri hastalara yaşam desteği sağlayan, yüksek teknolojik cihazların kullanıldığı, hastaların sürekli izlem ve değerlendirmesinin yapıldığı özelleşmiş alanlardır.¹ İleri teknolojilerin kullanıldığı karmaşık bir ortamda hemşireler, hasta değerlendirmesi ve izleminde daha objektif olduğunu düşündükleri teknolojik cihazları tercih etmektedirler.² Her geçen gün

teknolojideki ilerleme ve yenilikler hem hemşirelik bakımını hem de hastaya dokunmayı etkilemekte ve fiziksel muayene yöntemleri kullanımını gölgede bırakmaktadır.^{3,4} Oysa sağlığın değerlendirilmesi ve hasta izleminde hastanın fiziksel muayenesi ile birlikte teknolojik cihazların kullanımı hata payının en düşük olduğu ve en doğru kararların verileceği bir yöntem olmalıdır. Bu bağlamda makale hastanın tedavi ve bakımında gerekli olan

Geliş Tarihi/Received:27.10.2018; Kabul Tarihi/Accepted:13.04.2019

^aArş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, ANTALYA

^bDoç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, ANTALYA

Yazışma Adresi/Correspondence: Ayşegül KORKMAZ DOĞDU

E-posta: ayseguldogdu224@gmail.com

teknolojinin kullanımı ile birlikte fiziksel muayene kullanımına öncelik verilmesi konusunda farkındalığı arttırmak amacıyla yazılmıştır.

Hemşirelerin Hasta Değerlendirmesinde Teknoloji Kullanımları

Yoğun bakım üniteleri, tedavi ve bakım sürecinin ileri teknolojiler ile bütünleştiği özelleşmiş alanlardır⁵. Yoğun bakım hemşireleri hasta monitorizasyonu, yaşam desteği ve ilaç yönetimine yardımcı olan çok sayıda teknolojik cihaz kullanmaktadırlar.^{6,7} Hasta değerlendirme sürecinde teknolojik araç gereçler; hastanın birden çok parametresinin izlenmesi ve bilgi akışının kesintisiz devam etmesi ile birlikte hastaya geniş bir çerçeveden bakma imkanı sağlamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin teknoloji kullanımına yönelik görüşlerini inceleyen araştırmalarda, hemşireler, hastanın birden fazla parametresini izlemenin; tedaviye hızlı şekilde yön vermeyi sağladığını belirtirken hasta hakkında daha fazla bilgi sahibi olmanın hemşirenin otonomisini ve kontrol duygusunu artırdığını ifade etmişlerdir.^{2,8} Ayrıca hasta değerlendirmesinde teknolojiyi kullanmanın, hastanın durumu hakkında bilgi elde etmek için gereken zamanı ve hemşirelerin iş yükünü azalttığı belirtilmektedir.^{2,7,9,10} Yoğun bakımda hasta değerlendirmesinde teknolojinin sağlık ekibi için anlamını inceleyen niteliksel bir araştırmada hemşirelerden biri;

“... Günümüzde hasta güvenliği için daha fazla önlem bulunmaktadır. Önceleri yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışırken, prematüre bebekleri değerlendirmek için onları izledik. Oksimetre gibi herhangi bir cihazımızın olmaması nedeniyle, bebeği rengi ve görünüşü ile değerlendirmeyi öğrendik. Tabi ki bu durum bize sıkıntı veriyordu. Bir şeyi kaçırmamak için sürekli ışığı açıp kapatıyordum. Şimdi oksijen saturasyonunu istediğiniz zaman görebilmek iyi hissettiriyor...” ifadesi ile teknolojiyi kullanmanın hasta hakkında sürekli bilgi akışı sağladığını, bu durumun hemşireyi rahatlatmış ve hastayı değerlendirmek için gerekli olan zamanı azaltmış olduğunu belirtmiştir.² Aynı çalışmada bir diğer katılımcı *“Günümüzde yoğun bakım ünitesindeki her hastada arteriyel damar yolu bulunmaktadır. Bu çok kolaydır; hastayı rahatsız etmeden sürekli olarak ekrandan onu izleyebilirsiniz. Ayrıca infüzyon pompaları ile hastalar sürekli olarak analjezi ve sedasyon alırlar. Bu hastalar için faydalı bir*

durumdur...” şeklindeki ifadesi ile teknolojinin hasta güvenliği için önemini vurgulamaktadır. Hastayı değerlendirirken teknolojik cihazlardan yararlanmak hastada gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesini sağlamaktadır.^{4,10} Literatürde teknolojik cihazların olası tehlikeler ve hatalar konusunda uyarıcı nitelikte olmasının, bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini artırdığı bildirilmektedir.^{2,7,11,12} Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin teknoloji kullanımına yönelik tutumlarını inceleyen bir araştırmada, araştırmaya katılan 69 hemşirenin tamamı teknolojinin hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.¹³

Hemşirelerin teknolojik cihazları kullanımının hasta güvenliğine ve bakım kalitesine olumlu etkileri olmasına rağmen cihazların kullanımı ve elde edilen bilgilerin yorumlanması ile ilgili bir takım sorunlar yaşanmaktadır.^{2,7,11,12} Bu sorunlar literatürde; teknolojik cihazlarda ölçüm hatalarının olması, ölümcül olabilecek yanlış kararların alınması, hemşirelerin teknolojik cihazlarla ilgili bilgi eksikliği nedeniyle hastaya zarar vermekten korkmaları, alarmlara yanıt vermekten hasta bakımına yeterince odaklanamamaları şeklinde sıralanmıştır.^{7,8,10,11,14} Ayrıca hemşireler hasta yerine cihaz alarmlarına odaklandıklarını, teknolojik cihazlar nedeniyle hastaya daha az dokunduklarını belirtmişlerdir.⁴

Hemşirelerin Hasta Değerlendirmesinde Fiziksel Muayeneyi Kullanma Durumları

Fiziksel muayene, hastaya ilişkin objektif verileri toplama süreci olarak tanımlanmaktadır.¹⁵ Kritik hastaların yönetimini kapsayan yoğun bakım ünitelerinde fiziksel muayenenin kullanımı hasta değerlendirmesinin en temel bölümüdür. Yoğun bakım hemşireleri diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre hasta izlem ve değerlendirmesini sıklıkla yapan gruptur.¹⁶ Nitekim bu konuda yapılan iki araştırma yoğun bakım hemşirelerinin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre fiziksel muayeneyi daha sık kullandıklarını göstermektedir.^{16,17} Birks ve arkadaşları (2013) yoğun bakım hemşiresinin, her mesaide en az bir kez hastasının kapsamlı fiziksel muayenesini yaptığını ifade etmiştir.¹⁷ Cicolini ve arkadaşları (2015) inspeksiyon, palpasyon ve oskültasyon yöntemini içeren 30 fiziksel muayene yöntemlerinden neredeyse tamamını kullanan grubun yoğun bakım ortamı ve bakım evlerinde çalışan hemşireler olduğunu

bildirmişlerdir.¹⁶ Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel muayene yöntemlerini bilme ve uygulama sıklığı klinikte çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.¹⁸

Fiziksel muayene, hasta görüşmesi ile elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan hipotezlerin doğrulanmasını ve hemşirelik probleminin belirlenmesini sağlamaktadır.¹⁹ Etkin kullanılan fiziksel muayene yoğun bakım hemşirelerinin hastanın klinik durumuna yönelik değişiklikleri erken dönemde fark etmesini sağlamaktadır. Örneğin; hemşire pupillerin inspeksiyonunu yaparak pupillerin hızlı bir şekilde küçülmediğini, eşit büyüklükte olmadığını ya da büyümediğini ve hareketsiz kaldığını, artmış kafa içi basıncı ya da kranial sinir hasarının progresif belirtilerini fark edebilir. Ayrıca artmış kalp hızının ve S₃ kalp sesinin oskültasyonu ile hasta kalp yetmezliği geçirmeden önce tanılanabilir; akciğerlerin oskültasyonu ile sekresyon varlığının belirtisi olan kaba ralleri işitebilir.²⁰

Literatürde yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel muayene yöntemlerini sık kullandığı bildirilirken, bazı araştırma sonuçları bu uygulamanın niteliği ile ilgili önemli problemlerin olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar hemşirelerin fiziksel değerlendirmeyi rutin bir iş olarak gerçekleştirdikleri için fiziksel muayenenin sistematik olarak kullanılmadığını ve bazı fiziksel muayene yöntemlerinin amaçsızca uygulandığını belirtmektedirler.^{21,22} Li ve arkadaşları (2014), yoğun bakım ünitesinde bağırsak sesi oskültasyonunun yapıldığı durumunu incelemiştir. Çalışmada hemşireler bağırsak sesi oskültasyonunu %11.40 oranında doğru yapabilmiş ve %11.42 oranında doğru yorumlayabilmıştır. Bağırsak sesi oskültasyonunu hiç yapmayan hemşirelerin %37.8'i bağırsak sesi oskültasyonunu hekimin olumsuz tutumu ve sorumlu hemşirenin kendilerinden bu uygulamayı istemediği için yapmadıklarını, %24.9'u ise bu uygulamanın gerekli olmadığını düşündükleri için yapmadıklarını bildirmişlerdir.²¹ Kerr ve arkadaşlarının (2016) yoğun bakımda ve nörocerrahi biriminde çalışan hemşirelerle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin hastaların pupil değerlendirmesini doğru yapma durumları incelenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre hemşireler eşit büyüklükte olmayan pupilleri doğru tanımlayamamışlar, pupillerin ışığa verdiği tepkiyi yanlış değerlendirmişlerdir.²²

Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel muayeneyi rutin bir iş olarak gerçekleştirdiğini gösteren bir başka bilgi ise hemşirelerin sadece yaşamsal bulgularının izlemi için fiziksel muayeneyi kullanmalarındadır. Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kullandığı fiziksel muayene yöntemleri incelendiğinde; kan basıncı, vücut sıcaklığı, nabız, solunum sayısı ve oksijen saturasyonundan oluşan yaşamsal bulguların sıklıkla değerlendirildiği belirtilmektedir.²³ Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların klinik durumundaki değişikliklerin değerlendirilmesi konusundaki görüşlerini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada, durumu kritik, bilinci kapalı hastalarda hasta değerlendirmesinin elektronik izlem cihazları yerine hasta yatağında yapılmasının, hastanın bakım esnasında gözlemlenmesinin, hastanın cildine dokunmanın, akciğer oskültasyonu yapılmasının, sekresyon varlığının değerlendirilmesinin ve pupillerin inspeksiyonunun önemli olduğu belirtilmiştir.²⁴ Buna göre araştırmacılar, hemşirelerin hastanın durumu stabil olmadığı durumlarda hastaya daha yakın olduklarını ve bilinçli olarak bu hasta grubunun izlemine daha fazla özen gösterdiklerini, hastanın sağlık durumu daha stabil ve prognozu iyi durumda olduğunda ise bu grup hastaların elektronik izlem monitörleri ile takip edildiğini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin fiziksel muayene kullanımına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunlukla hastaların fiziksel sağlığının değerlendirilmesinin gerekli olup olmadığı konusunda kararsızlıklarının olduğu görülmüştür. Yapılmış olan bir çalışmada hemşireler, fiziksel muayene kullanımı konusunda hekimlerin daha etkin olduğunu, fiziksel muayene yöntemleri kullanımı ile ilgili bilgi sahibi olmadıklarını, sadece hasta gözleminin fiziksel değişikliğin tespit edilmesinde yeterli olacağını ve iş yükünün fazla olduğunu ifade etmişlerdir.²⁵ Fiziksel muayene yöntemlerinin kullanımını etkileyen faktörler, hasta değerlendirmesinde teknolojiye ve diğer faktörlere bağlı kalmak, zamanın yetersiz olması, çalışma ortamı kültürü, hemşirelerde fiziksel muayene yöntemleri kullanımı ile ilgili güven eksikliğinin olması, bu konuda rol modelinin yetersiz olması şeklindedir.²⁶ McElbinney (2010), fiziksel muayene kullanımını engelleyen faktörleri hemşirelerin kalp seslerini yorumlamada kendilerine güvenmemesi, diğer sağlık

personeli tarafından hemşirelerin fiziksel muayene uygulama yeteneğinin kabul edilmemesi, vücut sistemlerinin fiziksel muayenesi ile sağlık sorunlarının tanımlanmasında zorluk yaşanması şeklinde açıklamıştır.²⁷

SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde hastanın değerlendirilmesinde teknolojik cihazların ve fiziksel muayene kullanımının yararları bulunmaktadır. Özellikle teknolojik cihazlar sürekli izlem altında tutulan hastaların yaşamsal bulgularının değerlendirilmesinde büyük öneme sahiptir. Fiziksel muayene ise, hayatı tehdit eden sağlık sorunlarının erken dönem belirlenebilmesini sağlar. Ayrıca fiziksel muayene, teknolojik cihazlar ile elde edilen bulguların doğrulanmasında önemli bir yere sahiptir. Literatürde teknolojik cihazların yoğun bakım hemşireleri tarafından daha sık kullanıldığı, ancak fiziksel muayenenin istenilen düzeyde kullanılmadığı belirtilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde teknolojik cihazların hasta bakımına getirdiği faydalar yadsınamaz fakat kritik durumların erken dönemde belirlenebilmesine olanak sağlayan fiziksel muayenenin de hemşireler tarafından kullanılması gerekir. Bu doğrultuda yoğun bakım hemşirelerinin hasta değerlendirmesinde teknolojik cihazları ve fiziksel muayeneyi birlikte kullanmaları önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

- Güngör MD. Yoğun bakımın tarihçesi ve yoğun bakım hemşireliğinde temel kavramlar. İçinde: Sezen A, Temiz G, Güngör MD, yazarlar. Yoğun bakım hemşireliği. Nobel Tıp: İstanbul; 2015. S. 3-16. ISBN: 978-605-335-108-5.
- Wikström AC, Cederborg AC, Johanson M. The meaning of technology in an intensive care unit—an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23(4): 187-195.
- Hogan J. Why don't nurses monitor the respiratory rates of patients?. *British Journal of Nursing* 2006; 15(9), 489-492.
- Kongsuwan W, Locsin RC. Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27(2): 102-110.
- Valentin A, Ferdinande P. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine* 2011; 37(10): 1575.
- Alastalo M, Salminen L, Lakanmaa RL, Leino-Kilpi H. Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2017;42: 80-87.
- Kiekkas P, Karga M, Pouloupoulou M, Karpouhtsi I, Papadoulas V, Koutsojannis C. Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15(2): 178-187.
- Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015; 31(2): 116-123.
- Zuzelo PR, Gettis C, Hansell AW, Thomas L. Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clinical Nurse Specialist* 2008; 22(3): 132-140.
- Adel L, Mohamed M, Ali M, Sobh D. Nurses' perception regarding the use of technological devices in critical care units. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2014; 3(5): 11-18.
- Kanjakaya PK. Nurses perceptions regarding the use of technological equipment in the intensive care unit setting of a public sector hospital in Johannesburg. [Doctoral dissertation]; 2014.
- Bagherian B, Sabzevari S, Mirzaei T, Ravari A. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2017;39: 18-27.

13. Yaman Aktaş Y, Koraş K, Karabulut N. Critical care nurses' attitudes towards technology. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;4(2): 36-48.
14. Sowan AK, Vera AG, Fonseca EI, Reed CC, Tarriela AF, Berndt AE. Nurse competence on physiologic monitors use: toward eliminating alarm fatigue in intensive care units. JMIR Human Factors 2017; 3(1): e1.
15. Bayer L. Patient clinical examination of adults: learning videos in english. [Bachelor's Thesis]. Lahti University of Applied Sciences Degree Programme in Nursing; 2016.
16. Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V, Compercini D, Flacco ME, Corvello M, et al. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: A quantitative survey. Journal of Clinical Nursing 2015; 24: 3700–3706.
17. Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education. Collegian 2013;20(1): 27-33.
18. Aydın D, Dörtbudak Z. Hemşirelerin hasta tanılama kapsamında fizik muayene bilgi ve uygulamaları: Pilot çalışma. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2004; 1(1): 19-33.
19. Torun S. Hemşirelikte fiziksel değerlendirme. 14. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu 22 – 24 Mayıs 2015 / Adana 2015: s. 41.
20. James J, Reaby L. Physical assessment skills for RNs. *Australian Nurses Journal* 1987;17(1): 39-41.
21. Li B, Tang S, Ma YL, Tang J, Wang B, Wang JR. Analysis of bowel sounds application status for gastrointestinal function monitoring in the intensive care unit. Crit Care Nurs Q 2014; 37(2): 199-206.
22. Kerr RG, Bacon AM, Baker LL, Gehrke JS, Hahn D, Lillegraven CH, et al. Underestimation of pupil size by critical care and neurosurgical nurses. *American Journal Of Critical Care* 2016; 25(3): 213-219.
23. Prgomet M, Cardona-Morrell M, Nicholson M, Lake R, Long J, Westbrook J. et al. Vital signs monitoring on general wards: clinical staff perceptions of current practices and the planned introduction of continuous monitoring technology. *International Journal for Quality in Health Care* 2016; 28(4), 515–521.
24. Kvande M, Delmar C, Lykkeslet E, Storli SL. Assessing changes in a patient's condition- perspectives of intensive care nurses. *British Association of Critical Care Nurses* 2016; 22(2), 99-104.
25. Harrison JC, Rylance R. Who assesses the physical health on inpatients? *Mental Health Practice* 2012;16 (2); 14-20.
26. Douglas C, Osborne S, Reid C, Batch M, Hollingdrake O, Gardner G. What factors influence nurses' assessment practices? development of the barriers to nurses' use of physical assessment scale. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70 (11); 2683-2694.
27. McElhinney E. Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module an electronic delphi study. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19: 3177-3187.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE SERTİFİKA PROGRAMLARI

CERTIFICATION PROGRAMS IN INTENSIVE CARE NURSING

Gülçin BOZKURT^a, Emine TÜRKMEN^b

ÖZ Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, kaliteli, bütüncül hasta bakımı sağlamaları, rollerini etkin ve etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Sertifika programları düzenlenirken, ulusal olarak tanınan standartlara göre yoğun bakım hemşireleri için gereken bilgi, beceri, tutum ve mesleki yetkinlikler belirlenmelidir. Gelişmiş ülkelere göre Türkiye’de yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programları yeni başlamış olup bu programların yürütülmesinde birçok sorun olduğu tahmin edilmektedir. Sertifika eğitimlerinin etkinliğinin çalışan, hasta ve kuruma katkı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu derlemede, Türkiye’de yürütülen yoğun bakım hemşireliği sertifika programları literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, sertifika, sertifika standartları, yoğun bakım

ABSTRACT Nurses who works in critical care areas should have a combination of transferable skills and knowledge to enable them to provide high quality holistic patient care and to perform their role efficiently and affectively. In the planning of the certificate program, it should be determined to gain knowledge, skills, attitudes, values and professional competencies of critical care nurses based on national critical care nursing education standards. According to the developed countries, the intensive care nurses certificate programs have just started in Turkey and there are many problems with the execution of these certification programs. The effectiveness of certification program needs to be evaluated in terms of employee, patient and institutional contribution. In this review, the intensive care nursing certification programs being conducted in Turkey were evaluated in the light of the literature.

Key words: Nursing, certification, certification standard, critical care

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri; gerçek ve potansiyel yaşamı tehdit eden kritik problemleri olan hastaların 24 saat izlendiği, karmaşık yüksek teknolojiler ile donatılmış ünitelerdir. Bu ünitelerde kritik hastaların takip, tedavi ve bakımında yoğun bakım teknolojilerini kullanabilen ve kanıt temelli bakım yapabilen multidisipliner bir ekibin olması gerekmektedir. Bu ekip içinde, 7/24 hasta başında olan yoğun bakım hemşirelerinin yetkin olması kritik derecede önemlidir.¹⁻⁴ Yoğun bakım hemşiresi; karmaşık yaşamı tehdit eden problemi olan hastaları tanıyan, koruyucu ve rehabilite edici girişimler ile hasta ve ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güçlenmesini sağlayan, hasta ve aileleri ile terapötik iletişim kuran, sağlık bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler doğrultusunda yeni tedavi ve bakım yöntemlerini kullanabilen, acil, kritik ve karmaşık hasta bakım gereksinimlerini karşılayabilecek yetkinliğe sahip, sorun çözme becerisi gelişmiş hemşiredir.^{2,3,5}

Dünyanın birçok ülkesinde ve ülkemizde temel hemşirelik eğitiminde, yoğun bakım ile ilgili konulara yeterince yer verilmemektedir. Yeni mezun hemşire yoğun bakımda çalışmaya başladığında yetersiz kalmaktadır. Eğitimde

öğrenilenler, zaman içinde toplumun sağlık gereksinimlerinin değişmesi ya da bilimsel gelişmelere bağlı olarak geçerliliğini kaybetmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi, akreditasyon ve hasta güvenliğine yönelik yapılan düzenlemeler, hemşirelerin mezuniyet sonrası sürekli eğitimini ve sertifikasyonunu zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda tıbbi ve mesleki gelişmeleri takip edebilmek ve uygulamaya aktarabilmek için diğer mesleklerde olduğu gibi yoğun bakım hemşireliği alanında da eğitimlerin sürekli olması ve eğitimlerin ilgili standartlar doğrultusunda yürütülmesi önemlidir.⁶⁻⁸

Bu makalenin amacı, yoğun bakım hemşirelerinin kaliteli ve güvenli hasta bakım hizmeti sağlamasında önemli bir yeri olan yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarının dünyada ve ülkemizde gelişimine ve sertifika programlarının yürütülmesinde önemli noktalara dikkat çekmektir.

Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi ve Sertifika Programlarının Tarihsel Gelişimi

Yoğun bakım eğitimlerinin, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik ilerlemelere paralel

Geliş Tarihi/Received:11.03.2019; Kabul Tarihi/Accepted:22.08.2019

^aDoç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi-Ebelik Bölümü, İSTANBUL

^bDr. Öğr. Üyesi, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Gülçin BOZKURT

E-posta: gbozkurt@istanbul.edu.tr

olarak 20. yüzyılın ikinci yarısında başladığı bilinmektedir.^{1,9} Yoğun bakım hemşireliği sertifikasının ise sınav ile ilk defa 1976 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) verildiği bildirilmektedir. Amerikan Ulusal Sertifikasyon Ajansı tarafından akredite edilen bu sınavlar, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Derneği (American Association Critical-Care Nurses=AACN) tarafından yürütülmektedir. Amerika'da yoğun bakım hemşirelerinin yetkilerini sürdürebilmeleri için aralıklı olarak sınava girmeleri ve sürekli eğitim etkinliklerine katılarak kendilerini sürekli geliştirdiklerini belgelemeleri gerekmektedir. Günümüzde farklı yoğun bakım türleri ve farklı pozisyonlar için farklı sertifikasyon sınavları ile yaklaşık 110 000 hemşireye sertifika verildiği bildirilmektedir.¹⁰

Amerika, Avustralya ve Kanada'da "hemşirelikte sertifika programları" uzun yıllardır yasal zeminde yürütülmektedir. Kanada, ABD, Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere gibi ülkelerde sınav ya da akredite eğitim programının tamamlanması ile yoğun bakım hemşirelerine yetki verildiği görülmektedir.¹¹ Avrupa ülkelerinde genel olarak yoğun bakım hemşireliği ve diğer özel alanlara yönelik sertifika programlarının çerçevesi, Avrupa Hemşirelik Örgütleri Ağı (European Network of Nurses Associations=ENNO) tarafından önerilen ilkeler doğrultusunda hazırlanmaktadır. ENNO, temel hemşirelik eğitiminde özel alanlara yönelik eğitim verilmemesi, hemşirelik alanında bilgi ve becerilerin artması ve karmaşık hale gelmesi nedeni ile hizmet alan kişilerin güvenliği için spesifik alanlarda çalışan hemşirelerin, temel eğitim sonrası sertifika programları ile eğitilmesi gerektiğini belirtmektedir. ENNO, özel alan eğitimlerinin temel hemşirelik standartları ile uyumlu olmasını, bu standartların bir hemşirelik kuruluşu tarafından oluşturulmasını, eğitimin hemşirelerin sorumluluğunda yürütülmesini önermektedir. Avrupa Yoğun Bakım Hemşireliği Dernekleri Federasyonu (European Federation of Critical Care Nursing Associations=EfCCNa) Avrupa'da yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarını bir yönetmeliğe bağlamıştır.²

Kanada'da yoğun bakım hemşireliği sertifika programları Amerika Birleşik Devletleri'ne benzer biçimde yürütülmektedir. Kanada Hemşireler Birliği (Canadian Nurses Association=CNA) ve Kanada Yoğun Bakım

Hemşireler Birliği (The Canadian Association of Critical Care Nurses=CACCN) tarafından yürütülen sınavlar ile elde edilen yetki belgelerinin sınav veya sürekli eğitimlerle beş yılda bir yenilenmesi gerekmektedir. Ayrıca, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği tarafından sağlanan yetki belgeleri de bu ülkede kabul görmektedir.¹²

İngiltere'de yoğun bakım hemşireliği sertifika programları, Hemşirelik Kurulu'nun belirlediği standartlar çerçevesinde, üniversitelerde yürütülen, akredite, 60 kredilik ve bir yıl süren teorik ve klinik eğitim programları ile sağlanmaktadır. Eğitim programları alanında uzman yetkin hemşireler tarafından yürütülmekte ve programların her beş yılda bir onayı ya da akreditasyonu gerekmektedir. Eğitim programları, ulusal yoğun bakım ve travma hemşireliği yetkinliklerini sağlayacak şekilde tasarlanmaktadır.¹³ Avustralya ve Yeni Zelanda'da da yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarının İngiltere'ye benzer biçimde üniversitelerde bir yıl süren eğitim programları şeklinde yürütüldüğü görülmektedir.¹⁴

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de yoğun bakım hemşireleri mezuniyet sonrası eğitimler ile desteklenmektedir. Mezuniyet sonrası sürekli eğitimler; yükseköğrenim kurumlarında verilen lisansüstü ve doktora programları şeklinde veya kurs ve sertifika programları ile sağlanmaktadır.^{2,4} Ülkemizde ilk olarak 1981 yılında, Vehbi Koç Vakfı'nın katkıları ile Amerikan Hastanesi'nde mezun hemşirelere yönelik uluslararası ölçütlerde "Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği" eğitimi verildiği bilinmektedir. Ayrıca 1990 yılında Vehbi Koç Vakfı ve Sağlık Bakanlığı arasında düzenlenen bir protokol kapsamında, Amerikan Hastanesi ve Houston-Methodist Hastanesi işbirliği ile 240 saatlik yoğun bakım hemşireliği eğitim programının başlatıldığı görülmektedir. Ardından 1992 yılında Amerikan Hastanesi bünyesinde Vehbi Koç Vakfı'na bağlı olarak açılan Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC)'nde devam eden bu programların, ülkemizde yoğun bakım hemşireliği başta olmak üzere çeşitli özel dal hemşireliği sertifika programları için ilk örnek olmuştur.¹⁵

Daha sonra birçok kurum tarafından yoğun bakım hemşirelerine yönelik çeşitli kurslar yapılmıştır. Yasal olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yayımlanan ve 2008 yılında yenilenen "Yoğun Bakım Hemşireliği

Eğitim Programı Uygulama Yönergesi” ile devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin eğitimi için bir çerçeve oluşturulmuştur.¹⁶ Türkiye’de 2007 yılında yenilenen Hemşirelik Kanunu ile hemşirelikte ilk kez uzmanlık ve yetki belgesi sahibi olma ayrımı yapılmıştır. Bu Kanunda; hemşirelerin meslekleri ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alacağı; hemşirelik yasasında yetki belgesi alınması gereken eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili ile kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususların, Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir.¹⁷ Yetki belgesine sahip hemşireler madde 8’de “hemşirelik mesleği ile ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesine sahip ve bu alanlara ilişkin hemşirelik bakım hizmetlerinden sorumlu hemşiredir” şeklinde tanımlanmıştır. Bu Kanunda, yetki belgesine sahip hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının, sahip oldukları yetki belgeleri ve çalıştıkları özellikli alana göre bakanlıkça düzenleneceği belirtilmiştir.¹⁸

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayımlanan “Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği”, yoğun bakım hemşireliği ve diğer özel dal hemşireliğine yönelik sertifikalı eğitim programları için tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan yasal bir zemin oluşturmuştur.¹⁹ 2015 yılında “Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları”nın ardından, 2016 yılında “Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları” ve 2017 yılında “Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları” yayımlanmıştır.²⁰⁻²²

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programının Amacı ve Yararları

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri kompleks hale gelmiş olup sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri ile donanımlı ve işlerinde yetkin olmaları, bakım verdikleri hastalar, çalıştıkları kurumlar ve kendileri açısından güvenli bir ortam yaratmanın önkoşulu olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda yoğun bakım hemşirelerinin sertifikasyonu yoğun bakımda yatan hastaların güvenliği ve bakımın kalitesi için çok önemlidir. Diğer yandan akreditasyon standartları kapsamında hastaneler sertifikalı

hemşireyi önemli bir kalite göstergesi olarak kabul etmektedir.¹⁰

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalar; sertifikasyon programlarının hemşirelerinin klinik bilgi ve becerilerini geliştirdiğini ve klinik liderlik-danışmanlık yapma becerilerini güçlendirdiğini, hasta ve çalışan güvenliğini artırdığını, hasta bakım kalitesini yükselttiğini, sağlık ekibi ve hemşireler arasında ilişkiyi geliştirdiğini, iş memnuniyetini artırdığını, hemşirelerin kurumdan ayrılmasını önlediğini ve kurum misyonunun güçlenmesine katkı sağladığını göstermektedir.²³⁻²⁵ Kendall-Gallagher ve Blegen’in (2009) 48 yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmada YBH sertifikasına sahip hemşire oranının yüksek olduğu ünitelerde hasta düşmelerinin azaldığı, deneyimli hemşirelerin bulunduğu ünitelerde üriner sistem infeksiyonlarının azaldığı belirlenmiştir.²⁴ Biel ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan sistematik incelemede; özel alan sertifikasyonunun hasta sonuçlarına etkisini inceleyen 2000-2013 yılları arasında yapılmış araştırma makalelerinden dokuzu çalışma kapsamına alınmış ve sertifikasyonunun hasta sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, sertifikalı ostomi ve yara bakım hemşirelerinin uygulamaları doğru yapma oranlarının arttığı, rehabilitasyon ünitelerinde hastaların daha erken taburcu olduğu, hastanede düşme ve mortalite oranlarının düştüğü bildirilmiştir.²⁶

Ülkemizde, yoğun bakım hemşireliği sertifikasyon programları 2015 yılından bu yana çok sayıda merkezde yürütülmesine rağmen, bu programların hasta, hemşire ve kurum çıktılarına etkisini değerlendiren araştırma sonuçlarına rastlanmamıştır. Halen yürütülmekte olan bu sertifika programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı Standartları

Bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak her geçen gün yoğun bakım ile ilgili bilgi ve uygulamalar değişmekte, hemşirelerin rol ve sorumlulukları genişlemektedir. Yoğun bakım hastasının değişen ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, yoğun bakım hemşirelerinin eğitiminin günün koşullarına göre düzenlenmesi gerekmektedir.^{1,4}

Hemşirelikte sürekli eğitim programları ile ilgili standartlar içinde programın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili

önemli kriterler yer almaktadır. Bu bağlamda programın planlama aşamasında katılımcıların mesleki yetkinliklerini geliştirme ve hemşirelik bakımını iyileştirmeye odaklanması, eğitim ihtiyaç analizlerinin bu iki noktaya dikkat edilerek öğrenme çıktıları kapsamında hemşirelerin hangi bilgi, beceri ve uygulamaları geliştirilerek hangi yetkinliklere ulaşacağıının tanımlanması gerekmektedir. Eğitim programı içeriği ve eğitim yöntemlerinin de bu öğrenme çıktıları üzerine ve kanıt temelli bilgilere odaklanarak hazırlanması, eğitimcilerin alanında yetkin kişilerden seçilmesi, programın katkılarının ölçülmesine yönelik değerlendirme planı oluşturulması önerilmektedir.^{8,27,28}

Yoğun bakım hemşirelerinin eğitiminin, yoğun bakım hastasının değişen ihtiyaçları göz önünde bulundurularak günün koşullarına göre düzenlenmesi, tekrarlayan sorunlara odaklanması ve sürekli güncellenmesi gerekmektedir. Ülkemizde halen yürütülmekte olan yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programı standartları 2015 yılında revize edilmiştir. Yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programı standartları kapsamında; eğitim yetkisi alacak kurumlara yönelik ölçütlerin belirlenmiş olması; program içeriği, hedefleri, eğitimcilerin özelliklerinin belirtilmiş olması, kuramsal ve klinik eğitim ortamı ve gerekliliklerin açıklanmış olması, başarı kriterlerinin belirlenmiş olması uluslararası standartlar göz önünde bulundurulduğunda olumlu özellikler olarak sayılabilir.²⁰

Ülkemizde öncelikle İstanbul, Ankara ve İzmir’de başlatılan sertifika programları bugün birçok ilde sürdürülmektedir. Ülke genelinde 30 bin yoğun bakım hemşiresi olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın bildirdiği sayılara göre ülkemizde 2018 yılına kadar yoğun bakım alanında yapılan sertifikalı eğitim programları ile 5102 erişkin yoğun bakım hemşiresi, 112 çocuk yoğun bakım hemşiresi ve 994 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi sertifika almaya hak kazanmıştır. Bu programların ülke genelinde 100’ün üzerinde merkezde yürütülmesi ile birlikte bu merkezlerin kanıt temelli bilgileri içeren ortak kullanıma sunulan “bir eğitim kitapçığının” olmaması önemli bir eleştiri alanıdır. Bu merkezlerde esas görevi eğitim olmayan, kişilerin eğitim yaptığı eğitimlerin ortaklaştırılması için acilen sertifika programına yönelik kitabın ve diğer eğitim materyallerinin hazırlanması gerekmektedir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Amerika ve Kanada’da yoğun bakım hemşireleri sertifikasyona yönelik yetkinliğini onaylatmak için sınava girmekte veya bir program tamamlayarak onay almaktadır. EfCCNa, yoğun bakım hemşirelerinin eğitime yönelik yayınladığı rehberde, yoğun bakım hemşirelerinin yaşam boyu öğrenme kavramını benimsemesi ve sertifika/kurslar tamamlandığında kişisel gelişimin bittiğini düşünmemesi gerektiğine dikkat çekmektedir.² Hemşirelikte yetkinliklerin ve özerkliklerin nasıl geliştirileceğine yönelik çözümler bulmak gerekmektedir. EfCCNa, yoğun bakım hemşirelerinin başarılı bir şekilde hazırlanmasında anahtarın, ulusal düzeyde tanınan, hemşirelerin işlerini güvenle yapmasını sağlayacak klinik ve mesleki yeterliliklerin belirlenmesi olduğunu bildirmektedir.² İngiltere’de yoğun bakım hemşireliği programları yetkinlik kazandırma odaklı planlanmakta, yoğun bakım hemşirelerinde olması gereken bilgi, beceri, tutum, değer ve mesleki yeterlilikler belirlenmekte, kuramsal ve klinik eğitim bir bütünlük içinde yürütülmekte, kuramsal bilgilerin klinik rehberler ile yetkinliğe dönüşümü sağlanmaktadır.¹³ Yoğun bakım hemşirelerin yeterliliği dört temelde; bilgi, beceri, tutum/değer ve deneyim tabanında ele alınmaktadır.^{6,29}

Literatürlerde sertifikalı yetkin ve kendine güvenen hemşirelerin, hasta bakım ve tedavisini daha iyi yaptığı ve iş doyumunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{6,7,24} Kendall-Gallagher ve Blegen (2009) yoğun bakım hemşirelerinin sertifikasyonunun hasta bakımı ve hasta güvenliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirlemiştir.²⁴ Yoğun bakım hemşirelerinin temel yeterlilikleri ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacı ile yapılan bir araştırmada; bilgi tabanının kliniğe göre zayıf olduğu, klinik yeterlilik, işbirliği, tutum ve değerler temelinin çok iyi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin temel yeterliliğini açıklayan en güçlü faktörün hemşirelik bakımında otonomi olduğu saptanmıştır. Ayrıca klinik değerlendirmelerin yapılması, hasta verilerinin yorumlanması ve bağımsız kararların verilmesinde ileri düzey uygulamalar yapmaya yetkili kişilerden önemli beklentiler olduğu bildirilmiştir.²⁹ Ancak yoğun bakım hemşireliğinde sertifikasyon ve yeterlilik arasındaki ilişki halen yeterince incelenmemiştir. Bakım verenlerin yeterliliği ve

sertifikasyonu ile hastaların güvenliği arasındaki ilişki hemşirelikte yeni bir araştırma alanıdır.

Amerikan Hemşirelik Uzmanlık Kurulu'nun (The American Board of Nursing Specialties=ABNS) Araştırma Komitesi tarafından, 94,768 sertifikalı hemşire ile yapılan araştırma sonucuna göre sertifika programları ile ilgili sınav maliyetleri, kurum desteğinin olmaması ve sertifikalı hemşirenin hak ettiği değeri bulmadığı belirlenmiştir.³⁰ Ülkemizde yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarında; eğiticiler, eğitim içerikleri, uygulama alanları ve yapılan sınavlar ile ilgili halen bir değerlendirme yapılmamıştır. Ayrıca sertifikalı hemşirelerin yetkinlikleri, hasta bakım sonuçlarına etkileri araştırılmamıştır. Bu bağlamda, yürütülen sertifika programlarının etkinliğinin ve uluslararası standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi gerekmektedir.

Avustralya Kritik Bakım Hemşireliği Birliği (Australian College of Critical Care Nursing), ENNO ve EfCCNa, mezuniyet sonrası hemşirelerin uzmanlık düzeyinde eğitiminin, Yükseköğretim kurumları veya eşdeğer profesyonel akredite kuruluşlar tarafından yapılması gerektiğini ve sertifikaların ilgili sağlık hizmeti yetkilileri ve kullanıcılar tarafından tanınması gerektiğini belirtmektedir.² Amerika'da 1991 yılında kurulmuş olan ABNS'nin, yaklaşık yarım milyon sertifikalı hemşireyi temsil eden, kar amacı gütmeyen akreditasyon konseyi olarak görev yapmaktadır. Bu konsey belirlenen standartlara göre sertifika programlarını 5 yıllığına akredite etmektedir.⁸

Ülkemizde yoğun bakım hemşireliği sertifika program standartlarının (eğitimin yürütülme şekli, katılımcıların niteliği, program sorumlusu, içerik, eğitimin değerlendirilmesi, re sertifikasyon vb) belirlenmesi, sertifikaların tescili, program açma yetkisi ve programların denetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Ülkemizde tescilli en az 20 yoğun bakım yatağına sahip, üçüncü düzey erişkin yoğun bakım ünitesine sahip hastaneler, Sağlık Bakanlığından yetki aldığı anda sertifika eğitimleri verebilmektedir. Yeterli 3. düzey yatak kapasitesine sahip olmayan kurumlar ise protokoller yaparak ortak program yürütebilmektedir.²⁰

Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu sertifika eğitim programlarının en az yarısının uygulamalı olması gerektiği

belirtmektedir.² Ülkemizde erişkin yoğun bakım hemşireleri sertifika programlarında, eğitimler 120 saat teorik ve 120 saati uygulamalı (toplam 30 işgünü) olacak şekilde planlanmaktadır.²⁰ Eğitimin yarısının uygulama olması genel olarak olumlu bir durumu yansıtmakla birlikte, program süresinin kısa olması, programda kazandırılacak yetkinliklerin detaylı olarak tanımlanmamış olması, klinik eğiticilerin eğitim verme yetkinlikleri değerlendirilmeden sadece sertifikaya sahip hemşirelere bu yetkinin verilmiş olması gibi etmenler üzerinde düşünülmesi gereken ve iyileşme alanları olarak bekleyen konulardır.

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı Sorumlusu

Yoğun bakım hemşirelerinin eğitiminin, tutarlı ve yapılandırılmış olması, yoğun bakım uygulamaları, teori ve araştırma alanlarında uygun niteliklere sahip, ideal olarak yüksek lisans veya doktora düzeyinde nitelikli uzman hemşireler tarafından yapılması önerilmektedir.² Amerika, Kanada ve Avrupa'nın birçok ülkesinde, yeterliklerin geliştirilmesi ile ilgili mesleki standartları oluşturma, izleme ve sürdürmekten hemşirelik kurumlarının sorumlu olduğu görülmektedir. Sertifika programlarının; başlık, yer, kuramsal ve uygulama süresi, felsefesi, amaç ve hedefleri, eğitim yöntemleri, eğitim ortamı, eğiticiler ve diğer destek elemanlar, değerlendirme, sertifika /diploma hemşirelik kurulunda onaylanmaktadır. Tüm ülkede yapılan sertifika programlarında, hemşirelik kurulunun belirlediği standartlar ve eşdeğerlik sağlanmaktadır. Örneğin, AACN yoğun bakım ile ilgili 19 farklı alanda sertifika programını onaylamaktadır.⁸ Ülkemizde yoğun bakım hemşireleri ile ilgili yapılan sertifika programları akredite edilmemekte, sertifikaların tescili Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.²⁰

Sertifikaların yenilenmesinde ülkelere ve sertifika programlarının özelliklerine göre fark olmakla birlikte, örneğin Amerika'da yoğun bakım hemşirelerinin üç yılda bir sertifikalarını yenilemeleri gerekmektedir. Sertifikaların yenilenmesi için bazı kriterler belirlenmiş ve adayların bu kriterleri yerine getirmeleri beklenmektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri, yoğun bakım ile ilgili çabaları (eğitim, öğrenciye rehberlik, yazı, poster, kongre, standart değerlendirme ve uygulama sınavları

vb.) kredilendirilmekte ve yetki belgeleri onaylanırken bu etkinlikler göz önünde bulundurulmaktadır.⁸

Türkiye’de Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasının geçerlilik süresi beş yıldır. Beş yılın sonunda sertifika süresi dolanların sertifika yenilemek (re-sertifikasyon) üzere başvurması gerekmektedir. Ülkemizde sertifika geçerlilik süresi içerisinde yoğun bakımda aktif olarak çalıştığını belgeleyen ve mesleki etkinliklerden yeterli puan alan hemşirelerin sertifikaları yenilenmektedir. Sertifikaların yenilenmesinde; yayınlar, rehberlik/mentörlük, sürekli eğitim faaliyetleri (mesleki kurslar, kongreler, diğer bilimsel toplantılara) katılma ve sunum yapma, yoğun bakım alanında akademik eğitim (tezli/tezsiz yüksek lisans, doktora) ve kurum ya da kuruluşlarda komite yöneticiliği veya üyeliği yapmak mesleki etkinlikler olarak değerlendirilmektedir. Bu şartları sağlamayan hemşirelerin beş yılın sonunda sertifika yenileme sınavına girmesi gerekmektedir. Yapılan yenileme sınavından başarılı olanların sertifika sürelerinin beş yıl daha uzatılacağı, sertifika yenileme sınavına peş peşe iki kez katılmayanların sertifikalarının geçersiz sayılacağı belirtilmektedir.²⁰

SONUÇ

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri kompleks olduğu için sağlık çalışanlarının işlerinde yetkin olmaları, bakım verdikleri hastalar, çalıştıkları kurumlar ve kendileri açısından olumlu sonuçlar yaratmaktadır. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin sertifikasyonu, tüm yoğun bakımda yatan hastaların güvenli ve kaliteli bakım almalarında anahtardır. Ancak bu programların uluslararası yoğun bakım hemşireliği eğitim standartları kapsamında irdelenmesi, yapılan programların hasta bakım sonuçları, hemşirelerin profesyonel gelişimine katkılarının incelenerek sonuçlarının sertifikasyon programlarının gelişimine yansıtılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akbal Ergün Y. Yoğun bakım hemşiresinin rolleri ve sorumlulukları. In: Akyol A, editör. Yoğun bakım hemşireliği. 1. basım. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2017. p.13-25.
2. European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa). Position statement on post-registration

critical care nursing education within Europe. 2004. Available from: <http://www.efccna.org/images/stories/publication/2004>

3. Derham C. Achieving comprehensive critical care. *Critical Care Nursing* 2007;12:56-60.
4. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009;51(3):168-173.
5. Akbal Ergün Y. Yoğun bakım hemşiresinin standartları. In: Akyol A, editör. Yoğun bakım hemşireliği. 1. basım. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2017. p.27-36.
6. Baxter R, Edvardsson D. Impact of a critical care postgraduate certificate course on nurses' self-reported competence and confidence: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today* 2018;65:156-161.
7. Boyle DK. Nursing specialty certification and patient outcomes: what we know in acute care hospitals and future directions. *Journal of the Association for Vascular Access* 2017;22(3):137-142.
8. American Association Critical-Care Nurse. National Commission for Certifying Agencies. 2018. Available from: <https://www.aacn.org/certification/value-of-certification-resource-center>.
9. Akpir K. Türk anestezi tarihi. *Türk Anest Rean Der Dergisi* 2012;40 (Ek sayı 1):1-25.
10. American Association of Critical-Care Nurses. Certification Exam Policy Handbook. 2019. Available from: https://www.aacn.org/certification/preparationtoolsandhandbooks/~/_media/aacnwebsite/certification/getcertified/handbooks.
11. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. A review of critical care nursing staffing, education and practice standards. *Australian Critical Care* 2012;25(4): 224-237.
12. Canadian Nurse Association. Certification Nursing Practice Specialties. Available from: <https://www.cnaaic.ca/en/certification/getcertified/certificationnursingpractice>.

13. Kings Collage London. Intensive care nursing. Available from: <https://www1.kcl.ac.uk/teares/nmvc/pos-treg/handbooks/docs/2018-96KNIC306>.
14. The Australlian Collage of Nursing. Graduate Certificate Entry Requirements and General Information. Availablefrom:<https://www.acn.edu.au/education>.
15. Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC). SANERC: Hemşireliğe adanan 25 yıl. İstanbul: A4 Ofset Matbaacılık; 2019.
16. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi. Yayınlanma tarihi ve sayısı: 13.05.2008/17438. Erişim: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CndnaCIZnWQJ:https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1322,yogunbakimyonergedoc.doc%3F0+&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>
17. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik Kanunu (Kanun No: 6283, Resmi Gazete: 25.2.1954, Sayı: 8647; Yenilenme tarihleri: 2.5.2007, 8.2.2008, 2.11.2011, 12.7.2012). Erişim: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasaveyonetmelikler/yasa/hemsirelik>
18. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik Yönetmeliği. 2010. Erişim: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler>
19. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği. 2014. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx>
20. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları: Yoğun Bakım Hemşireliği. 2015. Erişim: <https://khgm.saglik.gov.tr>
21. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları: Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği. 2016. Erişim:<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/duyurular>
22. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği. 2017. Erişim:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>
23. Bonsall LM, Schnur MB, Deming C, Fryling-Resare K, Maroldo R. 2017 guide to nursing certification boards. Dimensions of Critical Care Nursing 2017;36(3):148-156.
24. Kendall-Gallagher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. American Journal of Critical Care 2009;18(2):106-113.
25. Beaudoin G, Alderson M, St-Louis L. Fostering professional development and improving the psychological health of nurses through the North American certification process in critical care. Journal of Nursing Education and Practice 2014;4(1):177-188.
26. Biel M, Grief L, Patry LA, Ponto J, Shirey M. The relationship between nursing certification and patient outcomes: A review of the literature. American Board of Nursing Specialties. Birmingham. 2014. Availablefrom:<http://www.nursingcertification.org>
27. Dickerson PS, Graebe J. Analyzing gaps to design educational interventions. The Journal of Continuing Education in Nursing 2018; 49(1):4-6.
28. Moyer A, Graebe J. Identifying the underlying educational needs that contribute to the professional practice gap. Journal of Continuing Education in Nursing 2018;49(2):52-54.
29. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. BioMed Research International. 2015;1-13.
30. American Board of Nursing Specialties. American board of nursing specialties issues findings from the value of specialty nursing certification study. 2005. Availablefrom:<http://www.nursingcertification.org/resources/documents/research>.

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA ENTERAL BESLENME

ENTERAL NUTRITION IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Derya BIÇAK AYIK^a, Nuray ENÇ^b

ÖZ Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastalarda malnütrisyon görülme olasılığı oldukça yüksektir. Bu nedenle yetersiz beslenme veya malnütrisyon riski açısından bu hastalarda beslenme taraması ve beslenme desteğinin yapılması önemlidir. Parenteral beslenmede enfeksiyonla ilişkili komplikasyonların artması nedeniyle yoğun bakım hastalarında enteral beslenme ilk tercih edilen beslenme yöntemidir. Erken enteral beslenme desteğinin verilmesi hastalığın şiddetini ve komplikasyonlarını azaltarak, yoğun bakım ünitesindeki kalış süresini kısaltmakta ve hastaları olumlu yönde etkilemektedir. Enteral beslenmenin başarılı olabilmesi için beslenme erken başlatılmalı, hedefler günlük olarak gözden geçirilmeli ve komplikasyonları önlemek için hemşirelik bakım uygulamalarının kanıta dayalı rehberlere uygun olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Enteral beslenme, hemşirelik bakımı, yoğun bakım

ABSTRACT Malnutrition is very common in patients hospitalized in the Intensive Care Unit. Therefore, it is important to perform nutritional screening and nutritional support in these patients in terms of the risk of underfeeding or malnutrition. Enteral nutrition is the first preferred method in intensive care patients due to the increase in infection-related complications in parenteral nutrition. Early enteral nutrition support reduces the severity and complications of the disease, shortens the length of stay in the intensive care unit and affects patients positively. For enteral nutrition to be successful, nutrition should be started early, targets should be reviewed on a daily basis and nursing care practices should comply with evidence-based guidelines to prevent complications.

Key words: Enteral nutrition, intensive care, nursing care

GİRİŞ

Beslenme tedavisi, Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde yatan kritik hastalar için sağlık uygulamaları arasında esastır. Yoğun bakımda yatan hastaların büyük bir kısmı yetersiz beslenme desteği almaktadır¹. Hastaneye yatan hastalarda malnütrisyon insidansı % 22 ile % 43 arasında değişirken, yoğun bakımda % 50 oranda veya daha fazla görülebilmektedir.² Malnütrisyon riski ve beslenme durumunun kötüleşmesi, YBÜ'de uzun süreli kalış süresiyle güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastalıkla ilişkili malnütrisyonu olan bir hastanın tedavi maliyeti, malnütrisyonlu bir hastanın tedavi maliyetinden % 20 daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.^{1,3} Kritik hastalıklarda yetersiz beslenmeye metabolik yanıt, aşırı zayıflama ve negatif azot dengesine yol açan hızlandırılmış katabolizma ile karakterizedir.⁴ Katabolik faz sırasındaki beslenme desteği sadece pozitif azot dengesine yol açmaz, aynı zamanda zayıflığı ve nihayetinde çoklu organ yetersizliğini ve ölümü önleyecektir.⁵ Bu nedenle beslenme desteği yoğun bakımda kritik hastaların yönetim stratejisinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.¹

Yoğun bakım hastaları, kritik hastalıklara fizyolojik bir tepki olarak şiddetli stres yaşarlar ve yaşamı sürdüren reaksiyonlar için enerji kullanırlar⁶. Yapılan bir çalışmada kritik hastalarda enerji ve protein alımının artırılmasının mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir.⁷

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN) klinik yönergelerinde risk altındaki kişilerin beslenmelerine erken dönemde başlatılması gerektiğini belirtmektedir.⁸ Uluslararası akademik topluluklar tarafından hazırlanan kritik hastalar için beslenme rehberleri, Enteral Beslenme (EB)'yi kritik hastalarda beslenme desteğinde ilk tercih olarak önermektedir.^{6,9} Enteral beslenme ağızdan başlayarak bir tüp, kateter veya stoma aracılığıyla gastrointestinal sistemin değişik bölgelerine besin maddelerinin verilmesine olanak tanır. EB tedavisi, tamamen veya kısmen işlev gören bir gastrointestinal sisteme sahip, oral alımla gereksinimlerini karşılayamayan hastaların sindirim sistemine kısa ve uzun vadeli besin desteği sağlayarak beslenmeyi sürdürmeyi ve beslenme durumunu onarmayı amaçlamaktadır.^{10,11} Bu derlemenin amacı, yoğun bakım hastalarında beslenme durumunu değerlendirmek, EB uygulaması

Geliş Tarihi/Received:25.06.2019; Kabul Tarihi/Accepted:22.08.2019

^aArş. Gör., Siirt Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Siirt

^bProf. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Derya BIÇAK AYIK

E-posta: dsb_9@hotmail.com

hakkında genel bilgi vermek, EB komplikasyonları, yönetimi ve hemşirelik bakımını açıklamaktır.

Yoğun bakımda beslenme durumunun değerlendirilmesi

Yetersiz beslenme veya malnütrisyon riski açısından YBÜ'deki hastalarda beslenme taramasının yapılması önemlidir.¹² YBÜ'de hemşireler hasta ile 24 saat birebir ilgilendikleri için beslenme yetersizliği riski, etiyolojik faktörleri belirleme ya da koruyucu girişimleri planlamada diğer sağlık profesyonellerine göre daha avantajlı konumdadırlar. Yoğun bakıma kabul edilen hastalar, beslenme bozukluğu riski açısından değerlendirilmeli, hastaların beslenme gereksinimleri belirlenmeli ve ilk 24 saatten itibaren uygun beslenme desteği sağlanmalıdır. Beslenme durumunu değerlendirmek için çeşitli skorlama sistemleri ve biyokimyasal testler kullanılmaktadır.^{2,3,7,8} ESPEN kılavuzuna göre ideal tarama testi geçerli ve duyarlı olmalı, yüksek öngörü değerine sahip olmalı, eksiksiz ve güvenilir uygun bilgi sağlamalı, uygulaması pratik olmalı ve gözlemciler arasında farklılığa yol açmamalıdır.¹³ Bu doğrultuda nütrisyonel taramada kullanılması önerilen ölççekler şunlardır:

NRS-2002: ESPEN tarafından yayınlanan ölççek YBÜ'de bulunan hastalarda oluşan yetersiz ve dengesiz beslenmenin gelişme riskini belirleme, malnütrisyondaki hastaları tespit etme ve beslenme desteğinin yeterliliğini değerlendirme amacıyla kullanılan nütrisyon değerlendirme testidir.^{13,14} YBÜ'de bulunan hastalarında NRS-2002'nin geçerliliği randomize çalışmalarla desteklenmiştir.^{14,15}

Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (Malnutrition Universal Screening Tool - MUST): Yetersiz beslenen veya risk altındaki hastaları tanımlamak için Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST) ESPEN tarafından önerilmektedir. MUST malnütrisyon riskini, düşük risk (skor 0), orta risk (skor 1) veya yüksek risk (skor 2 veya üstü) olarak tanımlamaktadır.⁸ MUST hastanede yatan hastalarda yetersiz beslenme riskini tespit etmenin yanı sıra hastanede kalış süresi, komplikasyonları ve mortalite gibi klinik sonuçları değerlendirmede yarar sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada MUST ile NRS 2002 testinin güvenilirliği benzer bulunmuştur.¹⁶

Subjektif Global Değerlendirme (SGD): Beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan araçlardan bir diğeri Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Birliği (ASPEN) tarafından önerilen Subjektif Global Değerlendirme (SGD)'dir.¹⁷ SGD, ilk değerlendirme stratejisi olarak faydalı olabilir fakat YBÜ'de kullanılmak üzere özel olarak geliştirilmemiştir.¹⁴

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment - MNA): ESPEN yaşlılarda beslenme durumunun taranmasında SGD'ye göre daha uygun bir test olan MNA'nın kullanılmasını tavsiye etmektedir.¹⁸ Beslenme durumunu değerlendirmede güvenilir ve kolay uygulanabilir bir test olan MNA'nın yaşlı hastalarda malnütrisyon derecesini daha iyi tanımlayabileceği bildirilmiştir. Ayrıca literatürde MNA'nın fonksiyonel durum, beslenme durumu, morbidite, mortalite, antropometri (kilo kaybı, VKİ, üst kol çevresi, baldır çevresi), laboratuvar verileri ve hastanede kalış süresi ile güçlü korelasyon gösterdiği desteklenmiştir.¹⁹⁻²¹

Skorlama sistemleri önemlidir çünkü bu sistemler, EB'den faydalanabilecek çeşitli hastalıkları olan hastaların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Hastanın tedaviye uygunluğunu değerlendirmede; skorlama sistemleri aracılığı ile geniş ve heterojen gruplarda bireyselleştirilmiş beslenme tedavisi standartlaştırılabilir. Ayrıca EB tedavisinin hedeflerini belirlemek için enerji gereksinimlerinin belirlenmesi hayati önem taşımaktadır.¹² Ancak hiçbir test tek başına beslenme durumunu tam olarak yansıtamaz.²² Skorlama araçlarına ek olarak, serum albümin, prealbumin ve transferrin seviyelerini içeren biyokimyasal belirteçler ve geleneksel tarama belirteçleri (ağırlık, boy, vücut kütle indeksi gibi antropometrik parametreler) beslenme durumunun değerlendirmesinde fizyolojik stresin göstergeleri olabilir fakat tek başına beslenme durumunu değerlendirmede kullanılmamalıdır.^{9,17} Beslenme durumunun değerlendirilmesi, uygun teste ek olarak anamnez, fizik muayene, laboratuvar parametreleri ve antropometrik verilerin incelenmesi ile sağlanmalıdır.²²

Enteral Beslenme Avantajları

Parenteral beslenmede enfeksiyonla ilişkili komplikasyonların artması nedeniyle kritik hastalığı olan yetişkin hastalarda EB öncelikli tercih edilen beslenme yöntemidir. Kritik

hastalarda malnütrisyonu önleme ve tedavi etmek amacıyla, besin desteği protokolleri geliştirilmiş ve besin etkinliğinin artırılması için uygulanmıştır.³ Oral desteğin mümkün olmadığı veya beslenme hedeflerini karşılayacak kadar etkili olmadığı durumlarda parenteral beslenme yerine mümkün olduğunca EB kullanılmalıdır.⁸ Çünkü EB uygulaması, bağırsak motilitesini iyileştirir, gastrointestinal bütünlüğü ve fonksiyonu korur, bakterilerin ve diğer organizmaların translokasyonunu en aza indirir, bağışıklık sisteminin bütünlüğünü sağlar, organ yetersizliği riskini azaltır ve yara iyileşmesini hızlandırır. EB'nin parenteral beslemeye göre maliyeti daha az ve kurulumu daha kolaydır. Ayrıca mekanik ventilasyonda kalış süresini ve enfeksiyonla ilişkili komplikasyonları azaltarak hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.^{3,8}

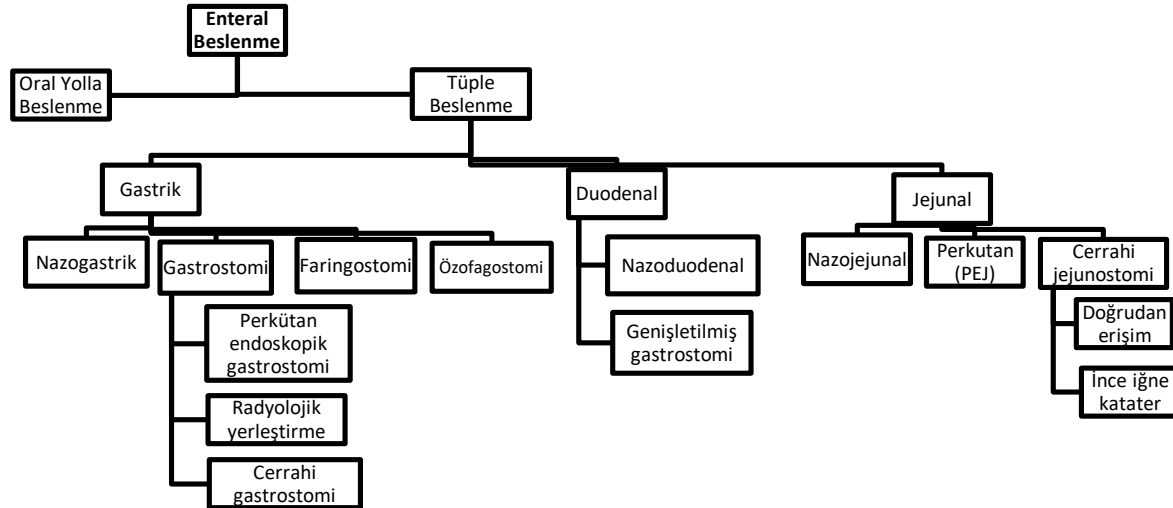
Enteral Beslenme Endikasyonları

Fonksiyonel bir gastrointestinal sistemi olan ve oral yolla enerji ve protein gereksinimlerini karşılayamayan hastalar EB tedavisine adaydırlar. Oral alım güvensiz, yetersiz veya imkansız olduğu zaman, klinisyen EB tedavisinin riskleri ve yararlarını, hastanın tanısını, klinik durumu ve prognozunu göz önüne almalı ve EB'nin hasta ve / veya ailenin istekleri ile tutarlı olup olmadığını belirleyerek

karar vermelidir.^{10,23} Enteral beslenme tedavisi için düşünülmesi gereken bazı durum örnekleri; endotrakeal entübasyon, disfaji nedeniyle yutkunma zorluğu, zihinsel durum değişiklikleri veya deliryum, baş ve boyun bölgesinde, yemek borusunda veya midede lümen tıkanıklığı veya kötü oral alım sonucunda ortaya çıkan kilo verme ve / veya yetersiz beslenmedir. Ayrıca travma, yanık ve malignite gibi hipermetabolik ve hiperkatabolik durumları olan hastalar da EB tedavisinden yararlanabilirler çünkü tek başına oral alımla ihtiyaçlarını karşılamaları zor olabilmektedir.^{11,12}

Enteral Beslenme Erişim Yolları

EB desteği ağızdan jejunuma kadar gastrointestinal sistemin değişik bölgelerine ulaşılarak gerçekleştirilebilmektedir. Hastanın beslenmeyi tolere edebileceği en üst fizyolojik bölge tercih edilmelidir. Kontrendikasyon olmadığı sürece ilk tercih edilecek yol oral yol olmalıdır. EB yolunun belirlenmesinde; hastanın hastalık durumunun değerlendirilmesi, cerrahi öyküsü, tedavinin süresi, gastrointestinal sistemin anatomisi, intestinal ve gastrik fonksiyon ve motilite, dikkate alınmalıdır (Şekil 1).²⁶⁻²⁸



Şekil 1. EB erişim yolları

Enteral Beslenme için Zamanlama

Enteral beslenmenin başlatılması hastanın hastalık durumu, tıbbi durumu ile rölatif risk ve faydaların tam olarak değerlendirilmesini takip etmelidir. Bununla birlikte, zamanlama, EB endikasyonunun yanı sıra hastanın beslenme

durumuna da bağlı olabilmektedir.¹¹ Hastaneye yatırılmış hastaların çoğunda oral alım 5-7 günden daha uzun süre bozulmuş veya bozulması muhtemel ise EB başlanmalıdır.²⁴ Metabolik talepleri desteklemek ve işlevsel düşüşü önlemek için, orta veya şiddetli beslenme yetersizliği olan hastalarda EB daha

erken başlatılmalıdır. Aynı zamanda ameliyat sonrası dönemde oral alımı tolere edemeyen ciddi malnütrisyonlu hastalarda 1-2 gün içinde, orta derecede malnütrisyonlu hastalarda 3-5 gün içinde, normal veya kilolu hastalarda 7 gün içinde başlanmalıdır.¹¹ Yoğun bakım hastalarında beslenmeye ne zaman başlanmasıyla ilgili yeterli kanıt olmamakla birlikte, besin alınmadan geçen her günün daha sonra fazla kalori verilerek telafi edilemeyeceği bilindiğinden, hemodinamik olarak stabil olan ve gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan yoğun bakım hastalarında 24-48 saat içerisinde EB'ye başlanması önerilmektedir.¹⁴

Enteral Beslenme Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

Yoğun bakım hemşireleri reçete edilen EB ürünleri, sıvı ve ilaçların güvenli ve etkili bir şekilde hastaya verilmesi, gastrointestinal sistemin sürdürülmesi, diyet ve tedaviden kaynaklanan sorunların yönetiminde önemli rollere sahiptirler. Hemşireler, YBÜ'de hastaların kalori gereksinimlerini hesaplayarak ve günlük kalori miktarını belirleyerek erken EB için hastayı desteklemelidir.^{3,11,24,25}

Hastanın sıvı toleransı kontrol edildikten sonra EB başlatılmalıdır. Bu etki için, 100 ml su, nazogastrik tüp vasıtasıyla üç saat aralıklarla verilir. İki ardışık denemede 200 ml'nin altında bir gastrik rezidüel volüm (GRV) varlığında sıvı toleransı pozitif olarak kabul edilir.²⁵

Aspirasyon ve ventilatörle ilişkili pnömoni riskini en aza indirmek için, EB uygulaması sırasında hemşire, hastanın yatak başını 30 derece veya daha yüksek tutmalıdır.²⁵ Tüp ile besleme yapılırken, hemşirelerin rolü genellikle tüpün yerleştirilmesi ve bakımı, beslemenin uygulanması, EB ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi ve saptanmasıdır. Yakın takip, erken tanılama ve girişimde bulunma ile komplikasyonların gelişimi önlenmekte veya etkileri en aza indirgenmektedir. Bu doğrultuda enteral beslenen hastaların yeterli ve dengeli beslenebilmesi iyi bir hemşirelik bakımı gerekmektedir.^{11,17,24}

Parenteral beslenmeye kıyasla enteral beslenmede komplikasyon gelişme olasılığı oldukça azdır.^{3,8} Enteral beslenmede en sık görülen komplikasyonlar üç başlık altında sınıflandırılmaktadır.^{11,29,30} Bunlar:

- Gastrointestinal komplikasyonlar; Bulantı-kusma, diyare, konstipasyon

- Mekanik komplikasyonlar; Tüpün yerinden oynaması, irritasyon, tüp tıkanması, aspirasyon pnömonisi
- Metabolik komplikasyonlar; Hiperglisemi, aşırı hidrasyon, elektrolit dengesizliği

a. Gastrointestinal Komplikasyonlar

a.1. Bulantı/Kusma

Enteral beslenme tedavisi alan hastaların %26'sında bulantı ve kusma bildirilmiştir.¹¹ Enteral yolla beslenen hastalarda bulantı ve kusmanın pek çok nedeni vardır, yoğun bakım hastalarında bulantı ve kusmanın en sık nedeni mide boşalmasında gecikmenin olmasıdır.¹¹ Gecikmiş gastrik boşalma için risk faktörleri arasında hiperglisemi, hastalık şiddeti, düşük Glasgow Koma Skoru, yüksek kafa içi basıncı, travmatik beyin hasarı, anestezi veya cerrahi operasyon, bazı ilaçların kullanımı (opiod, analjezik, antikolinergik vb.), besinlerin hızlı infüzyonu ve yüksek yağ formülü kullanımı yer almaktadır.^{31,32} Ayrıca yoğun bakım ünitesinde, enteral besin öğelerinin yüksek volüm ile verilmesi veya bazı ilaç tedavileri gibi faktörlere bağlı olabilen bulantı-kusma; konstipasyon, abdominal distansiyon ve kokuya bağlı olarak da görülebilmektedir.²⁴ Genellikle, bu belirtiler parenteral nütrisyonu başlatmaya gerek kalmadan başarılı bir şekilde yönetilebilmektedir. Anti-emetik ilaçların, düzenli aralıklarla planlanması ile mide bulantısı oldukça etkili bir şekilde yönetilebilmektedir. Metoplopramid ve eritromisin gibi prokinetik ajanlar özellikle kombinasyon halinde kullanıldığında mide hareketliliğini artırmakta etkili olmaktadır. Gecikmiş mide boşalmasından şüphelenilirse, opioid, analjezik ve antikolinergik maddeler azaltılmalı, değiştirilmeli veya kesilmelidir. Bunun yanında, enteral beslenme formülü veya rejimindeki ayarlamalar da dikkate alınmalıdır.¹¹

a.2. Diyare

EB ile ilişkili en yaygın komplikasyon olan diyarenin insidansı %20 ile %68 arasında değişmektedir.²⁴ EB'de kullanılan besinler bakterilerin üremesi için ideal ortamlardır. Besinlerde herhangi bir kontaminasyon olduğunda bakteriler hızla çoğalır ve gastrointestinal yolun da kontaminasyonu sonucu diyare oluşmaktadır.²⁴ EB'ye bağlı diyare gelişiminin nedenleri arasında formül içeriği (osmolaritesi, lif içeriği/ miktarı, yağ asitleri, besin bileşimi, laktoz), verilme biçimi

(infüzyon hızı, ısısı, set ve/veya torbanın kontaminasyonu) hastaya ait faktörler (bağırsak enfeksiyonları ve hipoalbünemi), alınan tedaviler (non-steroidal antienflamatuarlar, magnezyum/magnezyum fosfat içeren antasitler, antibiyotikler, H₂ reseptör antagonistleri) gibi faktörler yer almaktadır.^{11,24} Klinik uygulamalarda EB'ye bağlı diyare geliştiği zaman genellikle infüzyon hızı ve/veya besin içeriğinin değiştirilmesi ile problem çözülmektedir.²⁴ Ayrıca bakteriyel kontaminasyonun oluşumunu engellemeye yönelik olarak el hijyenine dikkat edilmeli, formül kutusu açma kapağı aseptik tekniklere uygun olarak açılmalı (alkollü bezle silinmeli), besin formüllerinin infüzyonu için kullanılan set ve torba her 24 saatte bir rutin bir şekilde değiştirilmeli, besinler askıda uzun süre kalmamalı, açılmış ve daha sonra kullanılacak olan formüller buzdolabında saklanmalıdır. Ayrıca kontaminasyon riskini azaltmak için kapalı sistemle besleme yöntemi tercih edilmelidir.^{11,24,33}

a.3. Konstipasyon

EB alan yoğun bakım hastalarında konstipasyonun başlıca nedenleri; ilaçlar (benzodiazepinler ve opioidler), alınan besinin içeriği, yetersiz sıvı alımı, yetersiz lif alımı ve fiziksel aktivite eksikliğidir. Ayrıca nöromüsküler bozukluklar, hipotiroidi bozuklukları ve gastrointestinal motilite bozuklukları da konstipasyona neden olmaktadır. Konstipasyon, abdominal distansiyona veya şişkinliğe, kusmaya, fekal tıkaçlara ve bağırsak perforasyonuna neden olabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.¹¹ Bu nedenle konstipasyonu önleme veya yönetmede hemşirelik girişimleri oldukça önemlidir. Bağırsak fonksiyonlarını sürdürmek, defekasyon sıklığını arttırmak ve konstipasyonun önlenmesi ve giderilmesi için liften zengin formüllerin tercih edilmesi, konstipasyona neden olabilecek ilaçların belirlenmesi ve mümkünse kullanılmaması ya da değiştirilmesi, elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi ve laksatiflerin uygulanması tavsiye edilmektedir.²⁴

b. Mekanik Komplikasyonlar

b.1. Beslenme tüpünün tıkanması

Enteral beslenmede en sık karşılaşılan sorunlardan biri besleme tüplerinin tıkanmasıdır. Hastalar enteral beslenme tüpleri ile birden fazla ilaç alabildiklerinden, ezilmiş ilaç partikülleri tüp içinde birikerek başka ilaçların veya enteral nütrisyunun girişini bloke

edebilir. Kılavuzlar, tüpün temizlenmesine yardımcı olmak için sodyum bikarbonat tablet çözeltisi ve ılık su veya karbonatlı sıvı ile karıştırılmış enterik kaplı olmayan pankreatik enzim tabletinin kullanılmasını önermektedir.¹⁷ Tüp açıklığını sürdürmeye yönelik olarak beslenme tüpü devamlı infüzyonda her 4 saatte bir, bolus beslenmede her ilaç veya besin verilmesinden sonra 20-30 ml ılık su ile yıkanması, tıkanma olursa sodyum bikarbonatlı pankreatik enzim solüsyonu kullanılması, beslenme tüpü aracılığıyla ezilerek verilen tablet formundaki ilaçlardan kaçınılması, ilaçların beslenme tüpünden verilmesi zorunlu ise katı yerine sıvı formunun kullanılması tavsiye edilmektedir.^{11,24}

b.1. Aspirasyon pnömonisi

Enteral beslenme ile ilişkili en önemli komplikasyonlardan biri aspirasyon pnömonisidir. EB'de beslenme tüpü ile beslenen hastalarda aspirasyon pnömonisi ölüme neden olan en yaygın komplikasyonlar arasındadır ve insidansı %5 ve %58 arasında değişmektedir.²⁴ EB ile ilişki aspirasyon pnömonisinin nedenleri arasında kontamine orofaringeal sekresyonlar, yetersiz ağız bakımı hijyeni, beslenme tüpünün yerinden oynaması yer almaktadır.^{11,24} Aspirasyon pnömonisi riskini yönetmede; GRV, YBÜ'de hastaları değerlendirmek için kullanılabilir, ancak bu uygulamanın güvenilirliğindeki yetersiz kanıtlardan dolayı genellikle kullanılmamaktadır. GRV ile pnömoni veya aspirasyon riski arasında bağlantı olmamasına rağmen klavuzlarda GRV'nin 500 ml'den daha az olmadığı vakalarda beslenmenin yapılmaması gerektiği belirtilmektedir. Yüksek riskli hastalarda aspirasyon pnömonisi riskini azaltmaya yönelik diğer pratik stratejiler arasında prokinetik bir ajan kullanılması, besleme tüpünün gastrointestinal sistemde daha az yer değiştirmesi (tüp yerleşim yeri hatası aspirasyon riskinin artmasına neden olmaktadır), sürekli EB infüzyonu kullanılarak infüze edilen hacmin azaltılması ve günde iki kez klorheksidin içeren bir solüsyonla düzenli olarak ağız bakımı yapılması yer almaktadır.¹⁷ Enteral beslenen hastalarda (özellikle mekanik ventilasyona bağlı hastalarda) aspirasyonun önlenmesi için yatak başının 30-45 derece arasında yükseltilmesi gerekmektedir.³⁴ Yatak başının 30-45 derecede ve hastanın semi-fowler pozisyonunda olması, aspirasyon ve pnömoni insidansını azaltmanın yanı sıra mortalite,

YBÜ'de kalış ve entübasyon süresini azaltmada da etkilidir.³⁵

a. Metabolik Komplikasyonlar

Tüp aracılığı ile enteral beslenen hastalarda genellikle %5 dekstroz'lu sıvıların aşırı miktarda verilmesi sonucu hiponatremi, yetersiz sıvı verilmesi sonucu hipernatremi, diyareye bağlı hipokalemi gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu sorunlar, enteral besin formülünün elektrolit içeriğinin düzenlenmesiyle ve sıvı alımı ve hidrasyon durumunun düzenli bir şekilde takip edilmesiyle engellenebilmektedir. Beslenme durumu ve ihtiyacı, sıvı ve elektrolit dengesi, tüp yerindeki değişiklikler açısından hasta periyodik olarak izlenmelidir. Periyodik izlemde, fiziksel muayene, aldığı çıkardığı ve kilo takibi, laboratuvar değerleri ve yaşamsal belirtiler değerlendirilmelidir.¹¹ Hedef beslenme amacına ulaşmaya kadar elektrolit düzeyi günde bir-iki kez, amaca ulaşıldığında ise haftada iki-üç kez izlenilmesi gerekmektedir.²⁴ Çoğu hasta için,

Tablo 1. Enteral yolla beslenen hastalarda en sık görülen komplikasyonlar, nedenleri ve önleme / yönetme stratejileri

Komplikasyon	Neden	Önleme / Yönetme
Bulantı-kusma ^{11,27,29}	<ul style="list-style-type: none"> • Yüksek volüm ile besleme, • Mideyi boşaltmada gecikme, • Besinlere karşı intolerans, • Obstrüksiyonlar, • İlaçlar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Altta yatan neden belirlenerek tedavi edilmeli ✓ Besinlerin miktarı azaltılmalı, ✓ Bulantı ve kusmaya neden olan ilaçlar gözden geçirilmeli, gerekirse değiştirilmeli, ✓ Mide boşalmasını geciktiren ilaçlar (opioide, analjezik, antikolinergik) azaltılmalı, değiştirilmeli veya kesilmeli ✓ Düşük yağlı, izotonik veya daha yoğun kalorili bir formül tercih edilmeli, ✓ Enteral formüller oda sıcaklığında verilmeli ✓ Obstrüksiyon varsa beslenme durdurulmalı, ✓ Antiemetik ilaçlar düzenli aralıklarla planlanmalı ✓ Gastrik motiliteyi arttırmak için prokinetik ajanlar kullanılmalı
Diyare ^{11,33}	<ul style="list-style-type: none"> • İlaçlar, • Bağırsak enfeksiyonları, • Enteral formüllerin içeriği ve/veya kontaminasyonu, • Enteral formüllerin intoleransı • Hızlı infüzyon 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Altta yatan tıbbi / cerrahi sorunlar ve enfeksiyonlar belirlenerek tedavi edilmeli ✓ Diyareye neden olan ilaç azaltılmalı, değiştirilmeli veya kesilmeli ✓ Malabsorbsiyonu önlemeye yönelik olarak hastaya uygun enteral formüller tercih edilmeli ✓ EB tedavisi uygulanırken aseptik tekniklere uyulmalı

		<ul style="list-style-type: none"> √ Özellikle açık sistem beslenme torbaları kullanıldığında formüllerin asılma süresi kısa tutulmalı √ Enteral formülü hazırlama, saklama ve yönetme ile ilgili politikalar, prosedürler ve uygulamalar hakkında eğitim ve öğretim sağlanmalı √ Lif tipi ve miktarı ayarlanmalı √ İnfüzyon hızı düşürülmeli ya da düşük osmolaliteli (izotonik) bir formül tercih edilmeli √ Verilen besinler oda sıcaklığında olmalı √ Gastrointestinal motiliteyi yavaşlatan ilaçlar azaltılmalı, değiştirilmeli veya kesilmeli √ Kontrendikasyon yoksa, lif içeren enteral formüller kullanılmalı √ Sıvı alımı artırılmalı √ Hareketlilik sağlanmalı √ Uygun laksatif tedavisine başlanmalı √ Beslenme tüpü devamlı infüzyonda her 4 saatte bir, bolus beslenmede her ilaç veya besin verilmesinden sonra 20-30 ml ılık su ile yıkanmalı, √ EB tüplerini gazlı içecek ve meyve suları ile yıkamaktan kaçınılmalı √ Tıkanma olursa sodyum bikarbonatlı pankreatik enzim solüsyonu kullanılmalı √ Beslenme tüpü aracılığıyla ezilerek verilen tablet formundaki ilaçlardan kaçınılmalı √ El hijyeni ve düzenli aralıklarla ağız bakımı sağlanmalı, √ Özellikle EB yapılırken, yatak başı 30-45 derece yükseltilmeli, √ Abdominal distansiyon, bağırsak sesleri ve GRV değerlendirilmeli, √ Prokinetik bir ajan kullanılmalı, √ Gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalı
Konstipasyon ^{11,24}	<ul style="list-style-type: none"> • İlaçlar, • Yetersiz sıvı/lif alımı, • Nöromusküler, hipotiroidi ve gastrointestinal bozukluklar, • Fiziksel aktivite eksikliği 	
Beslenme tüpünün tıkanması ^{11,17,24}	<ul style="list-style-type: none"> • Tüp yıkama teknikleri • İlaçlar • Enteral formüllerin gastrik asit ile çökeltilmesi • Küçük çaplı besleme tüpleri • Formül bileşimi 	
Aspirasyon Pnömonisi ^{11,24}	<ul style="list-style-type: none"> • Kontamine orofaringeal sekresyon • Yetersiz ağız bakımı hijyeni • Hatalı tüp yerleşimi 	

SONUÇ

YBÜ' de yatan hastalarda beslenme bozukluğu sık görülen önemli bir sorundur. Bu nedenle yoğun bakıma kabul edilen hastalar, beslenme bozukluğu riski açısından değerlendirilmeli, beslenme gereksinimleri belirlenmeli ve ilk 24 saatten itibaren uygun beslenme desteği sağlanmalıdır. EB, her zaman hastanın beslenmesinde ilk tercih olmalıdır. Enteral beslenen hastaların yeterli ve dengeli beslenebilmesi iyi bir hemşirelik bakımı gerekmektedir. Ancak sağlık personellerinin bilgi eksikliği nedeniyle sıklıkla EB başlatılması gecikmektedir ve EB ile ilgili temel

bilgi ve hemşirelik uygulamaları sadece bir kurumdan diğerine değil aynı kurum içinde de farklılık göstermektedir. EB'nin başarılı olabilmesi için beslenme erken başlatılmalı, hedefler günlük olarak gözden geçirilmeli ve komplikasyonları önlemek için hemşirelik bakım uygulamaları kanıta dayalı rehberlere uygun olması gerekmekte ve kliniklerde hemşirelerin kullanıma yönelik EB bakım rehberinin geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Marik PE. Enteral Nutrition in the Critically Ill: Myths and Misconceptions.

- Crit Care Med. 2014;42(4):962-969. doi:10.1097/CCM.0000000000000051
2. Finocchiaro D, Hook J. Enteral Nutritional Support of the Critically Ill Older Adult: Crit Care Nurs Q. 2015;38(3):253-258. doi:10.1097/CNQ.0000000000000068
 3. Stewart ML. Nutrition Support Protocols and Their Influence on the Delivery of Enteral Nutrition: A Systematic Review. Worldviews Evid Based Nurs. 2014;11(3):194-199. doi:10.1111/wvn.12036
 4. Rousseau A-F, Losser M-R, Ichai C, Berger MM. ESPEN endorsed recommendations: Nutritional therapy in major burns. Clin Nutr. 2013;32(4):497-502. doi:10.1016/j.clnu.2013.02.012
 5. Mehta NM, Bechard LJ, Cahill N, Wang M, Day A, Duggan CP, et al. Nutritional practices and their relationship to clinical outcomes in critically ill children—An international multicenter cohort study*: Crit Care Med. 2012;40(7):2204-2211. doi:10.1097/CCM.0b013e31824e18a8
 6. Oshima T, Singer P, Pichard C. Parenteral or enteral nutrition: do you have the choice? Curr Opin Crit Care. 2016;22(4):292-298. doi:10.1097/MCC.0000000000000313
 7. Alberda C, Gramlich L, Jones N, Jeejeebhoy K, Day AG, Dhaliwal R, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. Intensive Care Med. 2009;35(10):1728-1737. doi:10.1007/s00134-009-1567-4
 8. Murray K, Mehta S. Home parenteral nutrition for patients with intestinal failure due to advanced cancer. Br J Nurs. 2018;27(Sup4a):S1-S8. doi:10.12968/bjon.2018.27.Sup4a.S1
 9. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). J Parenter Enter Nutr. 2016;40(2):159-211. doi:10.1177/0148607115621863
 10. Altomare R, Damiano G, Abruzzo A, Palumbo VD, Tomasello G, Buscemi S, et al. Enteral Nutrition Support to Treat Malnutrition in Inflammatory Bowel Disease. Nutrients. 2015;7(4):2125-2133. doi:10.3390/nu7042125
 11. Kozeniecki M, Fritzshall R. Enteral Nutrition for Adults in the Hospital Setting. Nutr Clin Pract. 2015;30(5):634-651. doi:10.1177/0884533615594012
 12. Ojo O. Enteral feeding for nutritional support in critically ill patients. Br J Nurs. 2017;26(12):666-669. doi:10.12968/bjon.2017.26.12.666
 13. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-421. doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0
 14. Bayır H, Yıldız İ, Erkanan MK, Koçoğlu H. Malnutrition In Intensive Care Patients. Abant Med J. 2015;4(4):420-427. doi:10.5505/abantmedj.2015.96720
 15. Amaral TF, Matos LC, Teixeira MA, Tavares MM, Álvares L, Antunes A. Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. Clin Nutr. 2010;29(5):580-585. doi:10.1016/j.clnu.2010.02.004
 16. Amaral TF, Antunes A, Cabral S, Alves P, Kent-Smith L. An evaluation of three nutritional screening tools in a Portuguese oncology centre. J Hum Nutr Diet. 2008;21(6):575-583. doi:10.1111/j.1365-277X.2008.00917.x
 17. Nguyen DL. Guidance for supplemental enteral nutrition across patient populations. - Abstract - Europe PMC. Am J Manag Care. 2017;23(12):210-219.
 18. Cereda E. Mini Nutritional Assessment: Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15(1):29-41. doi:10.1097/MCO.0b013e32834d7647
 19. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr Med. 2002;18(4):737-757. doi:10.1016/S0749-0690(02)00059-9
 20. Kaiser MJ, Bauer JM, Uter W, Donini LM, Stange I, Volkert D, et al. Prospective Validation of the Modified Mini Nutritional Assessment Short-Forms in the Community, Nursing Home, and Rehabilitation Setting. J Am Geriatr Soc. 2011;59(11):2124-2128. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03659.x

21. Serrano-Urrea R, Garcia-Meseguer MJ. Malnutrition in an Elderly Population without Cognitive Impairment Living in Nursing Homes in Spain: Study of Prevalence Using the Mini Nutritional Assessment Test. *Gerontology*. 2013;59(6):490-498. doi:10.1159/000351763
22. Barbosa-Silva MCG. Subjective and objective nutritional assessment methods: what do they really assess? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11(3):248-254. doi:10.1097/MCO.0b013e3282fba5d7
23. Ukleja A, Freeman KL, Gilbert K, Kochevar M, Kraft MD, Russell MK, et al. Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(4):403-414. doi:10.1177/0884533610374200
24. Gürkan A, Bilgi G. Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg*. 2013;16(2):116-122.
25. Lasierra JLF, Pérez-Vela JL, González JCM. Enteral nutrition in the hemodynamically unstable critically ill patient. *Med Intensiva*. 2015;39(1):40-48.
26. Üstün M, Aydın C. Temel Nutrientler ve İhtiyaç Durumlarının Belirlenmesi ve Enteral Beslenme Klavuzu. In: *Nütrisyon Klavuzu*. İzmir: Tepecik Hastanesi Yayınları; 2016:25-35.
27. Cekmen N, Dikmen E. Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Ve Parenteral Nütrisyon. *Toraks Cerrahisi Bul*. 2014;5(3):187-197. doi:10.5152/tcb.2014.030
28. Goéré D, Cunha AS. Parenteral and enteral nutritional support (excluding immunonutrition). *J Visc Surg*. 2015;152:S8-S13. doi:10.1016/S1878-7886(15)30004-7
29. Demirel U, Bahçecioğlu İH. Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2010;14(3):149-154.
30. Özyurt Y, Erkal KH, Yıldırım M, Arıkan Z. Total enteral beslenme. *Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastan Tıp Derg*. 2000;11(3):950-953.
31. Chapman MJ, Nguyen NQ, Deane AM. Gastrointestinal dysmotility: evidence and clinical management. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2013;16(2):209-216. doi:10.1097/MCO.0b013e32835c1fa5
32. Taylor SJ, Manara AR, Brown J. Treating delayed gastric emptying in critical illness: metoclopramide, erythromycin, and bedside (cortrak) nasointestinal tube placement. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2010;34(3):289-294. doi:10.1177/0148607110362533
33. Majid HA, Emery PW, Whelan K. Definitions, Attitudes, and Management Practices in Relation to Diarrhea During Enteral Nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2012;27(2):252-260. doi:10.1177/0884533611431986
34. Bourgault AM, Halm MA. Feeding tube placement in adults: safe verification method for blindly inserted tubes. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. 2009;18(1):73-76. doi:10.4037/ajcc2009911
35. Colaço AD, Nascimento ERP do. Nursing intervention bundle for enteral nutrition in intensive care: a collective construction. *Rev Esc Enferm U P*. 2014;48(5):844-850.

KURUM İÇİ VE KURUMLAR ARASI KRİTİK HASTA TRANSFERİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

NURSING CARE IN INTRA-AND INTER-HOSPITAL TRANSFER OF CRITICALLY ILL PATIENTS

Ümmü YILDIZ FINDIK^a, Duygu SOYDAŞ YEŞİLYURT^b, Ayşe GÖKÇE IŞIKLI^c

ÖZ Genellikle yoğun bakım ünitelerinde takip edilen kritik hastalar; görüntüleme birimi, acil servis, ameliyathane gibi alanlar arası nakil ya da özel ekipman/merkez gereksinimleri nedenleriyle kurum içi ve kurumlar arası sıklıkla transfer edilmektedirler. Fakat kritik hasta transferi, taşıma sürecinde istenmeyen olay ve komplikasyonların yaşanması, yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ve mortalite oranlarının artışı gibi sonuçlara yol açtığından yüksek risk taşımaktadır. Kritik hasta transferinin güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi ve istenmeyen olay ve komplikasyonların önlenmesi için, hastaların transfere hazırlanması, koordinasyon ve iletişim, eşlik edecek sağlık personelleri, gerekli ekipman, transfer süresince izlem ile kayıt ve raporlama unsurlarına uyulması ve özen gösterilmesi gerekmektedir. Bu derlemenin amacı, kurum içi ve kurumlar arası kritik hasta transferinde benzer olan bu unsurların incelenmesi ve hemşirelik bakım uygulamalarının tartışılmasıdır.

Anahtar kelimeler: Hasta transferi, hemşirelik, kritik bakım, kritik hasta

ABSTRACT Critically ill patients, who are usually followed up in an intensive care unit, are often transferred intra- and inter-hospital due to transport between areas such as imaging unit, emergency room, operating room, or special equipment/center requirements. However; since adverse events and complications experienced during the transport lead to an increase in mortality and length of stay in the intensive care unit, transfer of the critically ill patient carries high risks. It is necessary that attention is paid and follows to the preparation of patients for transfer, coordination and communication, health personnel accompanying the patient, equipment, monitoring during transfer, and documentation and reporting components in order to ensure the safe transfer of critically ill patients and to prevent adverse events/ complications. This review aims to examine these components common to intra- and inter-hospital transfer of critically ill patients and to discuss nursing care practices.

Key words: Patient transfer, nursing, critical care, critically ill patient

GİRİŞ

Kritik hasta kavramı, fizyolojik olarak stabil olmayan, hastalık özelliğine göre sürekli izlem altında tutulmaları ve dakika dakika tedavi planlarının gözden geçirilmesi gereken hastaları tanımlamaktadır.¹ Hayatları tehdit altında olan kritik hastalar, ilk/acil yardım uygulandıktan sonra, tedavi ve bakım için genellikle sağlık kuruluşlarında acil servislere veya yoğun bakım ünitelerine kabul edilmektedirler.^{1,2}

Kritik hastaların yoğun bakım ünitesine ilk kez transfer edilmeleri; kurum içinde, yoğun bakım uzman hekiminin hastayı değerlendirerek karar vermesiyle, kurumlar arasında ise acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezi aracılığıyla ya da takip eden ekibin yoğun bakım ünitesi ile direkt iletişim kurmasıyla gerçekleştirilmektedir.³ Kritik hastalar, sağlık kuruluşlarına erişim, acil servisten veya ameliyathaneden yoğun bakım ünitelerine nakil, tanılama yöntemleri için özel ekipman gerekliliği gibi nedenlerle sıklıkla transfer edilmektedirler.⁴

Hastaların hastane öncesi, kurumlar arası ve kurum içi olmak üzere üç farklı koşulda transfer edilmesi gerekebilmektedir. Hastane öncesi transfer, hastaların hastalık veya yaralanmanın olduğu alandan hastaneye taşınmasıdır.⁵ Kurumlar arası transfer, hastaların bir sağlık kuruluşundan diğerine taşınmasıdır. Kritik hastaların, sıklıkla da majör travmalı hastaların bir sağlık kuruluşunda yapılan ilk resüsitasyon ve stabilizasyonunun ardından, başka bir sağlık kuruluşuna transfer edilmeleri gerekebilmektedir.⁶ Kurum içi transfer ise hastaların aynı sağlık kuruluşu içerisinde, bir alandan başka bir alana taşınmasıdır.⁵ Literatürde yoğun bakım ünitelerinde takip edilen kritik hastaların, kurum içi en fazla tanısal amaçla transfer edildikleri belirtilmektedir.⁷

Yapılan araştırmalarda, hasta transferi sırasında, %80'e varan oranlarda hastalardan, sağlık personellerinden ya da ekipmandan kaynaklanan istenmeyen olay ve komplikasyon geliştiği, bu istenmeyen olay ve

Geliş Tarihi/Received:29.07.2019; Kabul Tarihi/Accepted:26.08.2019

^aProf. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, EDİRNE

^bArş. Gör., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, EDİRNE

^cUzman Hemşire, Trakya Üniversitesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, EDİRNE

Yazışma Adresi/Correspondence: Duygu SOYDAŞ YEŞİLYURT

E-posta: duygu soydas@outlook.com

komplikasyonların yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış sürelerini uzattığı, sağlık bakım maliyetlerinin ve mortalite oranlarının artmasına neden olduğu belirlenmiştir.⁷⁻¹⁰ Hasta transferi sırasında oluşan istenmeyen olay ve komplikasyonlara Tablo 1’de yer verilmiştir. Literatürde hasta transferinin güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi ve istenmeyen olayların/komplikasyonların önlenmesi için bazı kilit unsurlar vurgulanmaktadır. Bu kilit unsurlar hastaların transfere hazırlanması, koordinasyon ve iletişim, eşlik edecek sağlık personelleri, gerekli ekipman, transfer süresince izlem ile kayıt ve raporlamadır.¹¹ Bu derlemenin amacı, kurum içi ve kurumlar arası kritik hasta transferinde benzer olan bu unsurların incelenmesi ve hemşirelik bakım uygulamalarının tartışılmasıdır.

Hastaların Transfere Hazırlanması

Herhangi bir sebeple kritik bir hastanın transfer edilme kararı, klinik olarak gerekçelendirilmiş ve zamanlanması uygun şekilde, hastaya bakım veren hemşire ve sorumlu hemşire ile işbirliği yapılarak uzman bir hekim tarafından verilmelidir.¹² Güvenli kritik hasta transferi, taşıma öncesi hastaların doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve optimizasyonunu gerektirmektedir.⁵

Hastaların taşınmalarının yararları ve riskleri gözden geçirilmeli, yararları daha fazla olacak ise transfer yapılmalıdır.^{11,12} Yaşam bulguları normal değer aralıklarında olmayan, bilinç düzeyi bozulmuş, kardiyak stabilizasyon için inotrop veya vazopressör desteği gereken, entübe veya FiO₂ değeri 0,6’dan yüksek, baz açığı 8 mmol/L’den fazla olan ve majör travmalı hastalar, transfer için yüksek risk taşımaktadırlar.⁶

Tablo 1. Hasta transferi sırasında oluşabilecek istenmeyen olay ve komplikasyonlar^{11,16,21}

Hastalar ile ilişkili	Aspirasyon Hipoksi ve satürasyonda bozulma Bronkospazm ve pnömotoraks Ateletazi/Pulmoner emboli Taşikardi/Bradikardi/Aritmi Hipertansiyon/Hipotansiyon Kardiyak arrest Hipotermi Hipoglisemi/Hiperglisemi Asit baz dengesinde bozulma Ajitasyon/Ağrı
Sağlık personelleri ile ilişkili	İletişim hataları Dikkatli izlem yapmama Yetersiz deneyim Atlanan tedaviler/Bakımlar Uygulamada hatalar (yetersiz/aşırı ventilasyon, yetersiz/aşırı sıvı verilmesi, intrakraniyal basınç takibi yapılamaması vb.) Kontrol listesi/Prosedür eksikliği ve protokolü takip etmeme Yetersiz hazırlık ve telaş Klinik karar verme ve problem belirlemede hata
Ekipman ile ilişkili	Oksijen tüplerinin boşalması Ventilatörde bağlantı kopukluğu/ arıza Monitör bataryalarında arıza Enerji kaynaklarının tükenmesi Bağlantı hatlarının, kateterlerin/drenlerin yerlerinden çıkması Ekipmanların niteliksel yetersizliği

Klinik durumlarının bozulmasının önlenmesi için, hastalar transferden önce uygun ve titiz bir şekilde hazırlanmalı, fizyolojik ve fiziksel olarak stabilizasyon sağlanmış olmalıdır. Hastalara intravenöz sıvı tedavisi uygulanmalı ve mümkün olan en yüksek seviyede sıvı ve elektrolit dengesi sağlanmalıdır. Hastaların hava yolu açıklığı, solunum, dolaşım, ve nörolojik sistemleri kontrol edilmeli ve önenebilir problemler düzeltilmelidir.¹¹

Hastalar transfer aracına 5-nokta kemer sistemi ile ya da benzer bir güvenli emniyet kemer sistemi ile tespit edilmelidirler.⁶ Hastaların intravenöz erişim yolları, entübe iseler entübasyon tüpleri iyi korunmuş olmalıdır. Kırık olan ya da olduğu şüphelenilen bölgelerin tespiti ve hareketsizliği sağlanmalıdır. Transfer sürecinde hastalar hipotermiye karşı savunmasızdırlar. Hipoterminin önlenmesi için, hastaların üzeri ısı kaybını önleyecek şekilde örtülmüş olmalı ve gerekli olması durumunda aktif ısıtma yöntemleri kullanılmalıdır.¹³ Transferden önce, hasta ve hasta yakınlarına süreç, transfer nedenleri ve riskleri ile ilgili bilgi verildikten sonra yazılı olarak izinleri alınmalıdır.¹¹

Choi ve ark.¹⁴ transfer öncesinde hemşirelerin bir kontrol listesi (checklist) kullanmalarının istenmeyen olayların görülme oranlarında önemli bir azalma sağladığını belirlemişlerdir. Dolayısıyla transfer öncesinde kontrol listeleri de kullanılarak yapılan bir hazırlık aşaması, yoğun bakım ünitesi hastaları için kritik bakımın önemli bir bileşeni olmalıdır. Hazırlık ve transfer için yeterli zaman sağlanmalı; transferi geciktirecek gereksiz testlerden ve prosedürlerden ise kaçınılmalıdır.^{12,15}

Koordinasyon ve İletişim

Literatürde iletişim başarısızlığı ve bilgi eksikliğinin, transfer sürecinde sağlık profesyonellerinden kaynaklanan komplikasyonların oluşumuna neden olduğu belirtilmektedir.^{9,16} Hastaların ayrılacakları ile transfer edilecekleri alanlardaki ekipler arasındaki zor etkileşim ve zayıf iletişim, transfer sırasında gelişebilecek komplikasyonlara önemli katkıda bulunmaktadır.⁹ Babayiğit ve ark.³ araştırmalarında, yoğun bakım ünitesine hasta transferlerinin %71,1'inde hatalı bilgilendirme yapıldığını belirlemişlerdir.

Hastaların ayrılacakları ile transfer edilecekleri alanlardaki ekipler arasında, klinik durum,

transfer nedenleri, transfer şekli ve zamanlama hakkında tam bilgileri içeren yazılı bir belge (transfer formu) kullanılarak doğrudan iletişim kurulmalıdır.¹¹ Ayrıca hastaların izolasyon durumlarına (örneğin temas izolasyonu uygulaması) ve düşme risklerine ilişkin bilgiler bu belgede bulunmalıdır. Hasta transferinin koordinasyonu hekim ve hemşireler tarafından yapılmalıdır.⁹ Kurumlar arası transferlerde, hasta kayıtlarının bir örneği (transfer, hemşire gözlem ve epikriz formu vb.) gönderilmelidir.¹⁵ Hemşirelik bakımının devamlılığının sağlanabilmesi için, hemşirelerin birbirlerine gerekli bilgileri sözlü ve yazılı olarak aktarması gerekmektedir. Bilgi aktarmada önemli bir rol oynayan hemşirelerin ek olarak hastaların gereksinimlerine duyarlı olmaları önemlidir.^{9,15} Transfer sürecinde iletişim araçları ve teknolojik yöntemler kullanılarak, iletişimin bütünlüğü sağlanmalıdır. Sun ve ark.¹⁷ ameliyat öncesi ve sonrası kurum içi hasta transferinde kullanılan bir elektronik devir sisteminin, sağlık personellerinin ekip çalışması ve iletişim bütünlüğü algılarını arttırdığını belirlemişlerdir.

Eşlik Edecek Sağlık Personelleri

Literatürde transferlerin, tüm üyelerinin kritik hasta transferini iyi bildiği, hasta izlemi, hava yolu yönetimi ve temel/ileri yaşam desteği konularında bilgili ve becerikli olduğu özel bir ekip tarafından yapılması önerilmektedir.¹⁶ Aynı zamanda ekip üyelerinin durumsal farkındalık ve ekip çalışması gibi teknik olmayan becerilerinin de olması gerekmektedir.¹⁸ Transfer ekibi yalnızca hasta taşıma süreci ile görevlendirilmiş ve kurumdaki diğer işlerden arındırılmış olmalıdır.⁵ Güvenli hasta bakımında mükemmelliğin sağlanması amacıyla, hasta transferi sürecinde istenmeyen olayların önlenmesi veya en aza indirilebilmesi için, transfer ekibinde yer alan sağlık personellerine sürekli eğitim düzenlenmeli ve kendilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır.⁹

Transfer ekibinde hekim, hemşire, ambulans ve acil bakım teknikeri (paramedik), acil tıbbi teknisyeni, anestezi uzmanı, solunum terapisti vb. sağlık personelleri yer almalıdır. Transfer sürecinde hastalara eşlik edecek sağlık personelleri ve yetkinlikleri, transferden önce yapılan risk değerlendirmesine göre belirlenmelidir.⁶

Transferlerde, risk değerlendirme sonucuna ve hastaların stabil olma durumlarına göre, hastalara eşlik eden ekipte hekim bulunmayıp, bir hemşire süreci yönetebilmektedir. Ignatyeva

ve ark.¹⁹ kohort araştırmalarında, kurum içi transferlerde hastalara eşlik eden ekipte hekim olmasının istenmeyen olay ve komplikasyon gelişimi açısından fark oluşturmadığını; Beckmann ve ark.¹⁶ transfer sürecinde meydana gelen istenmeyen olayların çoğunlukla hemşireler tarafından tespit edildiğini belirlemişlerdir. Dolayısıyla transfer ekibinde kilit rol oynayan hemşirelerin acil hava yolu yönetimi, kardiyak ritm değerlendirme ve temel/ileri yaşam desteği ile kritik hasta bakımı konularında bilgili, becerili ve yetkin olmaları önemlidir.

Gerekli Ekipman

Kritik hastalar transfer süresince mümkünse kendi yatakları ile taşınmalıdırlar.² Kurumlar arası transferlerde hastalar daha çok ambulans ya da mobil yoğun bakım üniteleri aracılığıyla kara yolu ile veya helikopter ya da uçak ambulans aracılığıyla hava yolu ile taşınmaktadır.¹¹ Kara veya hava yolu ile transfer yapılması kararı coğrafi ve bölgesel koşullara, mesafeye, hastalarla ilişkili faktörlere ve mevcut imkânlarla göre verilmelidir.⁶

Transfer için kullanılacak taşıma araçları, hasta ve personel güvenliğini korumak üzere yeterli teknik özelliklere, hasta bakımı ve acil tıbbi girişimler için yeterli alana sahip olmalıdır ve gürültü veya titreşim seviyeleri tüm yolcular için kabul edilebilir düzeyde olmalıdır.⁵ Kara yolu ile veya hava yolu ile kurumlar arası transferlerde bir takım faktörler hem hastalarda hem de sağlık personellerinde fizyolojik değişikliklere neden olarak hasta transferini etkilemektedir. Bu faktörler; gürültü, vibrasyon/titreşim, ani hızlanma veya yavaşlama, sıcaklık, nem, rakım, hipobarik hipoksi ve araç tutmasıdır.¹¹ Hastalar transfer esnasında bu faktörler açısından değerlendirilmeli ve olumsuz etkilenmemeleri amacıyla mümkün olan önlemler alınmalıdır.

Transfer araçlarında taşınacak aletler/cihazlar belirlenirken, transfer süresi, tıbbi tanı ve hastalığın şiddeti ve terapötik müdahale düzeyi dikkate alınmalıdır. Ekipman seçiminde, transfer koşulları altında çalışmaya uygunluğun yanı sıra boyut, ağırlık, hacim, pil ömrü, oksijen tüketimi ve dayanıklılık gözden geçirilmelidir.⁵ Tüm taşınabilir aletler/cihazlar herhangi bir kaza durumunda yaralanma riski en az olacak şekilde yerleştirilmelidir.⁶ Transfer için gerekli olabilecek tüm ekipmanların günlük kontrolleri ve düzenli olarak bakımları yapılmalıdır.

Herhangi bir transferden önce, ekipmanlar yeniden kontrol edilmelidir.

Transferlerde, hastaların normal kritik bakımlarının sürdürülmesi için gerekli olan ekipmanın yanı sıra transfer süresince ve acil durum yönetiminde gerekli olan ekipman taşınmalıdır.²⁰ Kurum içi transfer için minimum ekipmanlar, kardiyak monitör/defibrilatör ve pulse oksimetreden oluşmalıdır.¹⁵ Kurumlar arası transferde bulunması gereken temel ekipmanlar Tablo 2'de verilmiştir. Obez, ektrakorporeal yaşam desteği kullanılan, yenidoğan ve çocuk hastalar transfer sürecinde özel ekipman gerektirmektedir.⁵ Hem kurum içi hem de kurumlar arası transferlerde, veri saklayabilen ve raporlayabilen yatak başı monitörler kullanılmalıdır. Hastalara uygun boyutlarda hava yolu yönetimi ekipmanları ve minimum 30 dakika yetecek kadar oksijen kaynakları taşınmalıdır.¹⁵ Transfer sürecinde tüm cihazların alarm ayarlamaları hastalara özgü yapılmalıdır ve alarmlar hem gözle görülebilir hem de ortam gürültüsüne rağmen duyulabilir olmalıdır.⁶

Oksijen ve farmakolojik ajanlar dahil olmak üzere sarf malzemeleri, maksimum taşıma süresine göre tahmin edilen miktarlardan daha fazla bulundurulmalıdır.⁵ Transfer sürecinde taşınacak farmakolojik ajanlar, epinefrin ve antiaritmik gibi acil durumda kullanılması gereken ve hastaların klinik durumlarına özgü hayati ilaçları içermelidir.^{5,15} Gerektiğinde kullanılabilmesi için sedatif, analjezik ve antiemetik ilaçlar bulundurulmalıdır.⁶ Ek olarak hastaların antibiyotik grubu ilaçları da, tedavi programına uyulabilmesi ve doğru zamanda uygulanabilmesi amacıyla taşınmalıdır.²¹ Tüm ilaçlar kontrol edilmiş ve açıkça etiketlenmiş olmalıdır.⁵

Transfer ekibi, kurumdan ayrılmadan önce bir güvenlik kontrolü yapmalıdır. Hastanın transfer için hazırlanmış, fizyolojik ve fiziksel stabilizasyon sağlanmış, uygun transfer ekibinin hazır olduğu, gerekli ekipmanın yeterli özelliklerde temin edildiği ve transfer aracına yerleştirildiği, hastanın transfer edileceği alanda gerekli hazırlıkların tamamlandığı teyit edilmelidir.⁶

Transfer Süresince İzlem

Transfer süresince gelişen istenmeyen olay ve komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılabilmesi için yeterli sayıda nitelikli sağlık personeli ve özel olarak tasarlanmış ve iyi

Tablo 2. Kurumlar arası hasta transferinde bulunması gereken temel ekipmanlar^{15,20}

Solunum desteği ve izlemi için	Yüksek kaliteli taşınabilir mekanik ventilatör Çoklu boyutlarda torba/balon-valf-maske sistemleri Çoklu boyutlarda endotrakeal/trakeostomi tüpleri ve diğer entübasyon ekipmanları Göğüs drenajı ekipmanları ve Heimlich valfi Oksijen tüpü Aspirasyon cihazı ve gerekli diğer ekipmanlar Nebulizatör
Dolaşım desteği ve izlemi için	Elektrokardiyografi, oksijen satürasyonu, kapnografiyi gösteren ve birkaç basınç takibi yapabilen bir monitör Defibrilatör, elektronik ped, jel İnvaziv ve non-invaziv kan basıncı takip ekipmanları
Diğer ekipmanlar	Bataryalı infüzyon ve enjektör pompaları Arter ve venöz erişim ekipmanları Yedek piller, bataryalar Isıtıcı battaniye Işık kaynakları/ el fenerleri Çoklu boyutlarda nazogastrik/üriner kateterler Boyunluk (collar) ve diğer immobilizasyon ekipmanları Pansuman seti
Gerekli olabilecek ilaç ve intravenöz sıvılar	Antiaritmikler ve antihipertansifler Bronkodilatörler Atropin ve Epinefrin Magnezyum ve kalsiyum klorür Sodyum bikarbonat ve potasyum klorür Glukagon ve heparin Vazoaktif ilaçlar Sedatifler Kas gevşeticiler Analjezikler ve anestezikler Antikonvülsanlar Antihistaminikler Kortikosteroidler Dirüretikler Ringer laktatlı, dextrozlu, salin ve hipertonic intravenöz sıvılar (plastik torbada olmalıdırlar) İrrigasyon sıvıları
İletişim araçları	Mobil telefon/tablet, yedek bataryalar

korunmuş ekipman temininin yanı sıra sürekli izlem şarttır.¹⁶ Minimum hasta izlem parametreleri; kardiyak ritim, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut ısısı ve entübe hastalarda bu parametrelere ek olarak end tital karbondioksit olmalıdır.¹¹ Transfer süresince tüm monitör, ventilatör ve infüzyon cihazlarının ekranları sağlık profesyonellerinin görebileceği şekilde yerleştirilmiş olmalıdır.⁶ Hastaların izlenen parametre değerleri 5-20 dakikada bir

kayıt edilmelidir.^{12,22} Kan basıncı için ideal olan uygun şekilde sabitlenmiş bir arter kanülü ile invaziv takip edilmesidir. Transfer süresince en az iki intravenöz kanül ile güvenli venöz erişimin korunması gerekmektedir.⁶ Transfer süresince aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi yapılmalıdır ve hipovolemik hastaların hareket etmeyi daha az tolere edebilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. İnfüzyon setleri, nazogastrik kateter, foley kateter ve drenaj tüpleri vb.

yerinden ayrılmamış, uygun tespit edilmiş ve serbest drenaj sağlanmış olmalıdır.^{4,6} Hastalara derin sedasyon uygulanmış olsa bile ortam gürültüsünü azaltacak önlemler alınmalıdır. Hastaların hareketlerinin kısıtlanması, kullanılan emniyet kemerleri, monitörizasyon hatları vb. basınç yaralanması riskini artırmaktadır. Bu nedenle özellikle bilinçsiz veya doku perfüzyonunda bozulma olan hastalarda basınç yaralanması riskine yönelik önlem alınmalıdır.⁵ Entübe edilmiş, kafa içi basınç artışı ve ventrikülostomisi olan hastalarda pozisyon verilirken dikkatli olunmalı, tüm hastalarda pozisyon değişikliklerinin fizyolojik etkileri değerlendirilmelidir.²¹ Travmalı hastalarda önemli bir spinal yaralanmanın olmadığı güvenilir bir şekilde doğrulanmadıkça, transfer süresince spinal immobilizasyon sağlanmalıdır.¹⁵

Jia ve ark.⁸ kurum içi kritik hasta transferinde istenmeyen olay ve komplikasyonları inceledikleri araştırmalarında, kaygı ve ajitasyon oranının %26,1 ve ağrı veya konforda bozulma oranının %6,1 olduğunu belirlemişlerdir. Kritik bakım ve transfer, hem hasta hem de hasta yakınları için korku, stres ve kaygı nedeni olabilmektedir.^{1,23} Bu nedenle sağlık personelleri panik, kaygı ve korkunun önlenmesi için hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirme yapmalıdırlar.¹ Transfer sürecinde etik ilkelere özen gösterilmeli ve mümkün olduğunca hasta konforu sağlanmalıdır. Hemşirelik bakımının hedefi güvenli, öngörülebilir ve bireysel hasta deneyimlerine odaklanmış bir transfer gerçekleştirilmesi olmalıdır.²³

Kayıt ve Raporlama

Literatürde kayıt ve raporlamanın hasta transferinde çok önemli olmasına rağmen genellikle eksik bırakılan bir unsur olduğu belirtilmektedir.¹¹ Transfer sürecinin her aşaması açık ve net bir şekilde kayıt altına alınmalıdır.^{6,11} Bu kayıtlar, hastaların transfer öncesi, sırası ve sonrasında klinik durumlarını, tıbbi bilgileri, uygulanan tedavi, bakım ve prosedürleri, çevresel faktörleri, istenmeyen lojistik olayları, bilgilendirilmiş gönüllü izin formlarını ve transferlerin koordinasyon ve iletişim unsuruna yönelik bilgileri içermelidir.^{5,15} Transfer sürecinde meydana gelen istenmeyen olay ve komplikasyonların bildirim standartlaştırılmış ve zorunlu

olmalıdır.²⁰ Ek olarak, transfer sürecinin sonunda bir değerlendirme yapılmalı ve bu değerlendirme ile kayıtlar gelecekteki veri analizlerinde, bilimsel araştırmalarda ve protokol geliştirilmesinde kullanılmak üzere raporlandırılmalıdır.⁶

Yalnızca transfer öncesinde değil, transfer sürecinin tamamına yönelik bir kontrol listesi kullanılması, hekim ve hemşirelere rehberlik edecek bir çerçeve sunulmasına, hasta güvenliğini artırmak için bakım sürekliliğinin sağlanmasına ve sistemli kayıt oluşturulmasına yardımcı olabilmektedir.²² Ayrıca bakım protokolleri hazırlanması, transfer sürecinde istenmeyen olay ve komplikasyonların gelişmesinin önlenmesinde ve prosedürlerin organize edilmesinde yararlı olmaktadır.⁹ Dolayısıyla kurum içi ve kurumlar arası kritik hasta transferlerinde kullanılmak üzere, sağlık kuruluşlarına özgü standart dökümanlar, kontrol listeleri ve bakım protokolleri geliştirilmelidir.⁶

SONUÇ

Kurum içi ve kurumlar arası kritik hasta transferlerinde, taşımanın riskleri ve yararları yönünden bir değerlendirme yapılması, hastaların fizyolojik ve fiziksel olarak hazırlanması, koordinasyon ve iletişimin sağlanması, eşlik edecek sağlık personellerinin gerekli nitelik ve yetkinliğe sahip olması, nitelik ve nicelik olarak uygun ekipmanın hazır bulundurulması, transfer süresince yakın hasta izlemi yapılması ve sürecin her aşamasında kayıt tutularak raporlama yapılması, güvenli ve kaliteli bir bakım için gerekli unsurlardır. Transfer ekibinde yer alan hemşirelerin bilgili, becerili, yetkin ve kritik hastaların gereksinimlerine duyarlı olmaları ve bu alanda sertifikaları olması, transfer sürecinde oluşabilecek istenmeyen olay ve komplikasyonların önlenmesi için gerekli olmakta ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yava A, Koyuncu A. Acil serviste kritik bakım. İçinde: Aslan FE, Olgun N. Erişkinlerde acil bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 215-22.

2. Bodur HA. Kritik hastanın transportu. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(1):36-41.
3. Babayiğit M, Tatal ZB, Dereli N, Güleç H, Babayiğit MA, Horasanlı E. Yoğun bakıma hasta transferinde doğru bilgilendiriliyor muyuz? *J Turk Soc Intens Care* 2016;14:54-8.
4. Blakeman TC, Branson RD. Inter-and intra-hospital transport of the critically ill. *Respir Care* 2013;58(6):1008-23.
5. Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Guidelines for transport of critically ill patients. 2015. <http://www.anzca.edu.au/documents/p552-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i> Erişim Tarihi 29.07.2019
6. Intensive Care Society. Guidance on: The transfer of the critically ill adult. May, 2019. <http://www.ics.ac.uk/ICS/GuidelinesAndStandards/ICSGuidelines.aspx> Erişim Tarihi 29.07.2019
7. Gimenez FMP, Camargo WHBD, Gomes ACB, Nihei TS, Andrade MWM, Valverde MLDA, et al. Analysis of adverse events during intrahospital transportation of critically ill patients. *Crit Care Res Pract* 2017;6847124. doi: 10.1155/2017/6847124.
8. Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Crit Care* 2016;20(12). doi 10.1186/s13054-016-1183-y.
9. Almeida ACGD, Neves ALD, Souza CLBD, Garcia JH, Lopes JDL, Barros ALBLD. Intra-hospital transport of critically ill adult patients: complications related to staff, equipment and physiological factors. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012;25(3):471-6.
10. Mueller S, Zheng J, Orav EJ, Schnipper JL. Inter-hospital transfer and patient outcomes: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 2018;1-9.
11. Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian J Anaesth* 2016;60(7):451-7.
12. South Western Sydney Local Health District; Liverpool Hospital. Clinical guidelines intra-hospital transfer of ICU patient. 2015. https://www.aci-health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0018/306450/liverpoolIntra-Hospital_Transfer_of_ICU_Patients.pdf Erişim Tarihi 29.07.2019
13. Everest ER, Fischer R. Transport of critically ill patient. In: Bersten AD, Handy JM, editors. *Oh's intensive care manual*. 8th ed. China: Elsevier Limited; 2019. p. 34-44.
14. Choi HK, Shin SD, Ro YS, Kim DK, Shin SH, Kwak YH. A before-and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *Am J Emerg Med* 2012;30(8):1433-40.
15. Warren J, Fromm RE, Orr RA, Rotello LC, Horst HM. Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med* 2004;32(1):256-62.
16. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. *Intensive Care Med* 2004;30(8):1579-85.
17. Sun YK, Shih WC, Cheng KH. An electronic handover system to improve information transfer for surgical patient. *Comput Inform Nurs* 2018;36(12):610-4.
18. Bergman L, Pettersson M, Chaboyer W, Carlström E, Ringdal M. Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Aust Crit Care* 2019. doi:10.1016/j.aucc.2018.12.003.
19. Ignatyeva Y, Nguyen AP, Schmidt U, Barak R, Agarwal R, Davidson JE. Transport of critically ill cardiovascular patients. *Crit Care Nurs Q* 2018;41(4):413-25.
20. Droogh JM, Smit M, Absalom AR, Ligtenberg JJ, Zijlstra JG. Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Crit Care* 2015;19(1):62.

21. Day D. Keeping patients safe during intrahospital transport. *Crit Care Nurs* 2010;30(4):18-32.
22. Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care* 2015;19(1):214.
23. Uhrenfeldt L, Aagaard H, Hall EOC, Fegran L, Ludvigsen MS, Meyer G. A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions. *J Adv Nurs* 2013;69(8):-1678-90.