

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

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



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

YIL (YEAR) 15 CİLT (VOLUME) 15 SAYI (NUMBER) 2

ARALIK (DECEMBER) 2011

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

ALTI AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED TWO TIMES A YEAR

Cilt 15, Sayı 2, Aralık 2011

ISSN 1302-0498

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

**Türk Yoğun Bakım Hemşireleri
Derneği Adına
Sahibi**

(Owner on behalf of the
Critical Care Nurses Society)
Yasemin Akbal Ergün

Yazı İşleri Müdürü
(Publishing Manager)
Berin İnal Tunalı

Web
www.tybhd.org.tr

Yönetim Yeri Adresi
(Corresponding Address)

İnönü Cad. Işık Apt. No.53 Kat.4
Gümüşsuyu/İstanbul
Tel: 0212 292 92 70
e-posta: iletisim@tybhd.org.tr
web: www.tybhd.org.tr
Yayın Türü: Süreli Yayın

Yayına Hazırlanmış Yer
(Subediting Service)

Ortadoğu Reklam Tamtım Yayıncılık Turizm Eğitim
İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Yönetim Yeri: Türkocağı Cad. No:30 06520
Balgat/Ankara/Türkiye
Tel : 0 312 286 56 56
Faks : 0 312 220 04 70
e-posta : info@turkiyeklinikleri.com
web : www.turkiyeklinikleri.com

Online Yayın Tarihi: 11.11.2013

Editör (Editor)

Yasemin AKBAL ERGÜN, Yrd. Doç. Dr.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Review Board)

- Asiye Durmaz Akyol, Doç. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
Neriman Akyolcu, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Fatma Eti Aslan, Prof. Dr.
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Aysel Badır, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
Gülçin Bozkurt Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-İstanbul
Sevim Çelik, Yrd. Doç. Dr.
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Zonguldak
Fatma Demir, Yrd. Doç. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
Aklime Dicle, Yrd. Doç. Dr.
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
Zeynep Dörtbudak, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
Zehra Durna, Prof. Dr.
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul
Ferah Gökdoğan, Prof. Dr.
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Bolu
Emine İyigün, Yrd. Doç. Dr.
GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara
Ayfer Karadakovan, Prof. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
Gülbahar Keskin, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Meral Madenoğlu Kıvanç, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sakine Memiş, Yrd. Doç. Dr.
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Aydın
Mukadder Mollaoglu, Doç. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Sevgi Oktay, Prof. Dr.
İstanbul
Nermin Olgun, Prof. Dr.
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Besey Güneş Ören, Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-İstanbul
Nadiye Özer, Yrd. Doç. Dr.
Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Erzurum
Hatice Tel, Doç. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Emine Türkmen Yard.Doç.Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
Özge Uzun, Doç. Dr.
İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya
Suzan Yıldız, Prof. Dr.
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Birsen Yürügen, Prof. Dr.
Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Neriman Zengin, Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-İstanbul

İÇİNDEKİLER

Editörden	iv
Yazarlara Bilgi.....	v

ARAŞTIRMA

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları ile İlgili Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi

Investigation of Intensive Care Nurses Views and Thoughts About Role and Responsibilities

Filiz ÖZEL, Asiye DURMAZ AKYOL, Berna SAĞIT51

Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale: Validity and Reliability Study

Sezgi ÇINAR, Funda ASLAN, Tuba KURTOĞLU61

DERLEME

Yaşam Sonu Bakıma Farklı Dinlerden Bakış

Views from the Different Religions in the End-of-Life Care

Sibel KİPER, Ayşe UÇAK, Figen ALP YILMAZ.....67

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Uygulamaları ile İlgili Hatalar ve Çözüm Önerileri

Common Medication Errors in Neonatal Intensive Care Units and Solution Proposals

Sevil İNAL, Melahat AKGÜN KOSTAK72

Hemşirelikte Güçlendirme

Nursing Empowerment

Sevim ULUPINAR.....77

Değerli Okurlar,

Dergimizin bu sayısında da yoğun bakım hemşireliği ile ilgili mesleki yaşantımızı ve bakış açımızı zenginleştirecek, yönlendirecek bilgiler içeren araştırma ve derleme yazıları yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili görüşlerinin incelendiği ve Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik çalışmasının yapıldığı iki araştırma yazısı bulunmaktadır. Ayrıca, yaşam sonu dönemde sağlık profesyonellerinin; hasta ve ailesinin dini inanç ve uygulamalarını dikkate alması gerektiğini vurgulayan, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ilaç uygulama hatalarının yaygın olduğunu, yenidoğana özgü ilaç dozunu hesaplama hatasının sıklıkla meydana geldiğini belirten, hemşirelerin bakım uygulamalarında otonom davranabilmeleri, iletişim ve çatışma çözümü gibi temel becerilerini geliştirmeleri ve sağlık sisteminde etkin olmaları için güçlendirilmesi gerektiğini dile getiren üç derleme yazısına yer verilmektedir.

Siz değerli meslektaşlarımızın yazıları ve önerileri ile bize güç katacağınıza inancımız sonsuzdur.

Yrd.Doç.Dr. Yasemin AKBAL ERGÜN

YAZARLARA BİLGİ

KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

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

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

Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

COPYRIGHT VE YAZILARIN TESLİMİ

Bir yazının dergide yayınlanabilmesi için daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması gerekir. Gönderilen yazı daha önce sözlü olarak sunulmuş ise, bu durum, sunulduğu yer ve tarihiyle birlikte yazının başlık sayfasında belirtilmelidir. Dergiyazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış makaleler, tüm yazarlar tarafından imzalanmış, aşağıda örneği verilen üst yazı ile birlikte derginin yazışma adresine ulaştırılmalıdır. Üst yazı örneği aşağıda verilmiştir:

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

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

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

Gönderilen yazı dergiye ulaştıktan sonra, makale hazırlanış şekli açısından bir ön incelemeye alınır. Yazı teslim koşullarının yetersiz bulunması halinde, yazının Danışma Kurulu incelemesine sunulmadan önce yazar(lar) dan bazı düzeltmelerin yapılması istenir. Şekil açısından uygun bulunan makaleler hakem değerlendirmesine sunulur. Hakemlerin değerlendirme sonucu yazara gönderilir. Kabul edilen

yazıların dizgi aşamasında, yazılar editöryel düzeltmeye tabi tutulur. Editörler yazı biçiminde değişiklikler yapmak, yazılarından izin alarak kısaltma yapmak yetkisine sahiptir. Yazılar, yayınlanmadan önce dergide görünür haliyle yazara ya da sorumlu yazara gönderilir ve onay alınır.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

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

YAZININ ORGANİZASYONU

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

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

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

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

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

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

Bulgular bölümü çalışmanın sonuçlarını vermemelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekil içinde su-

nulmalıdır. Tabloların çok hacimli olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

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

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

KAYNAKLAR

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

Dergi:

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

Kitap:

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

Kitaptan bölüm:

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

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

TABLO VE ŞEKİLLER

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

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

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

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

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

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

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

BİLGİLENDİREREK ONAY ALMA/ ETİK

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

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

YAYINA HAZIRLANDIĞI YER

Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Yönetim Yeri:

Türkocağı Cad. No:30 06520 Balgat/Ankara/Türkiye

Tel : 0 312 286 56 56

Faks : 0 312 220 04 70

e-posta : info@turkiyeklinikleri.com

web : www.turkiyeklinikleri.com

GEREKENLERİN KONTROLÜ

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

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları ile İlgili Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi

Investigation of Intensive Care Nurses Views and Thoughts About Role and Responsibilities

Filiz ÖZEL,^a
Asiye DURMAZ AKYOL,^a
Berna SAĞIT^b

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
^bKardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 19.12.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 12.11..2012

*Bu çalışma 15. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi
(5-8 Mayıs 2010, Çeşme, İzmir)'nde
sözel bildiri olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Filiz ÖZEL
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
filiz.ozel@ege.edu.tr

ÖZET Amaç: Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili görüş ve düşüncelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 31 Temmuz 2009-30 Eylül 2009 tarihleri arasında dört büyük hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 170 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler iki bölümden oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Birinci bölüm; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilerden, ikinci bölüm ise; dört ana bölüm ve toplam 41 ifade bulunan hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin formdan oluşmaktadır. Ana bölümler; yoğun bakım hemşirelerinin temel nitelikleri, fiziksel/mental nitelikleri, işin riskleri, görev yetki ve sorumlulukları ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır. **Bulgular:** Araştırmada katılımcıların %97,06'sını kadın, %2,94'ü erkek; %66,47'si lisans mezunu; %52,35'i 1-5 yıl çalışma yılına sahip hemşirelerden oluşmaktadır. Eğitim durumu ile Temel Nitelikler ve Fiziksel/mental nitelikler bölümünde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve bu anlamlılığın lisans ve yüksek lisans grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. Bakım verilen hasta sayısı ile temel nitelik puanları karşılaştırıldığında; ortalama 3 hastaya bakım veren hemşirelerin temel nitelik puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir. **Sonuç:** Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin sahip olması gereken niteliklerin geliştirilmesi ve buna yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım hemşireliği, yoğun bakım, roller, sorumluluklar

ABSTRACT Objective: The aim of this study is planned for determine at intensive care nurses views and thoughts about the roles and responsibilities. **Material and Methods:** The study sample included 170 nurses working in intensive care units in four major hospitals between July 31 2009-30 September 2009. The data in study were collected with a questionnaire form consist of two sections. First form on socio-demographic information; second form included the role and responsibilities of intensive care nurses consist of four main sections including basic characteristics of intensive care nurses, physical / mental attributes, working risks, task-authority and responsibilities expression (n=41). **Results:** Participants in the study are consisted of 97.06% women, 2.94% man; 66.47% license graduate and to work 52.35% 1-5 year. In the basic qualifications and physical / mental qualities with educational status became a significant relationship statistically and this meaningfulness is found to cause by the undergraduate and graduate groups. Care given the number of patients compared with an average of 3 fundamental characteristics of the nurses who provide care to patients, scores are significantly higher than other groups. **Conclusion:** Intensive care nurses related to their roles and responsibilities should have needed organization of training programs for the development of the quality.

Key Words: Intensive care nursing, intensive care, roles, responsibilities

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2011;15(2):51-60

Yoğun bakım hizmetleri, kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya organ sistemlerinin bu fonksiyonlarının yerlerinin geçici olarak doldurulması ve hastalığı oluşturan temel nedenlerin tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemlerin tamamıdır.¹⁻³ Yoğun bakım servisinde yaşamı tehdit edici kriz durumları, karmaşık tek-

noloji, acil karar verme sorumluluğu, aşırı uyarıcı çevre, hareketlilik ve gürültünün fazla olması gibi stresörler bulunmaktadır.⁴ Yoğun bakım üniteleri; yüksek teknolojinin kullanıldığı oldukça karmaşık ünitelerdir. Bu karmaşık yapılanmanın yanı sıra bilgi ve becerilerin sürekli yenilenmesini gerektiren çalışma alanlarıdır.⁵

Sağlık ekibinin vazgeçilmez elemanı olan hemşireler için yoğun bakımlar, diğer çalışma alanlarından oldukça farklıdır.⁶ Yoğun Bakım Hemşireliği (YBH); insan yaşamını tehdit eden problemler ve bu problemlerin önlenmesiyle ilgilenir.¹⁻³ Yoğun bakım hemşireliği çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakım hemşiresi sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip etmelidir. Sürekli eğitim anlayışı ile şekillenen oryantasyon programları da yoğun bakım hemşirelerine yeni gelişmeleri takip etme ve uygulama fırsatı sağlamaktadır.⁶

YBH konusunda özellikle ikinci Dünya Savaşında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu savaşta çok tedavisindeki gelişmeler ile ameliyat öncesi ve sonrası bakım özelleşmiş ünitelerin oluşmasına katkı sağlanmıştır. Hemşirelik tarihi alanındaki gelişmeler incelenirse, yalnızca İkinci Dünya Savaşı ile sınırlandırılmayıp Florence Nightingale'in "Hemşirelik Üzerine Notlar" (1859) kitabında ameliyathanelerin yanında ayrılan küçük bir odada hastalara operasyonun etkisi geçinceye kadar ya da hasta uyanıncaya kadar bakım verildiği belirtilmektedir. Bu ayılma odaları, günümüzdeki yoğun bakım kavramının temelini oluşturmaktadır.⁷ Yoğun bakımda polio hastalarının bakılmasıyla yoğun bakımlar doğmuştur. Cerrahi girişim uygulanan hastalar için 1960'larda özel bakım odaları ve kardiyak problemi olan hastalar için koroner bakım üniteleri kurulmuştur. Genel yoğun bakım ünitelerinin 1970 yılında kurulmasıyla YBH kavramı gelişmiştir.^{2,3,8}

YBH'nin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek ve yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak, bireyin bütünlüğünü ve kişiler arası ilişkilerini desteklemek için hasta bireyin ve ailenin kaynaklarını harekete geçirmek, birey ve çevre arasındaki etkileşimi güçlendirmeye yardım

etmektir. Hastanın genel durumundaki değişiklikleri kontrol altına almada, istenilen amaç ve sonuçlara ulaşmada, bireyin yaşam süresini arttırmada iyi planlanmış bakım önemlidir. YBH bireysel bakımda hastayı bir bütün olarak ele alır ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamada çağdaş tekniklerden yararlanır. YBH hastanın iyileşme sürecinde önemli kararlar ve sorumluluklar olarak süreci hızlandırıcı bir rol üstlenir. YBH karar verme sürecinde gerekçelerini, gelişmiş hemşirelik becerilerine, değişiklikleri değerlendirebilme yeteneğine ve bilimsel bilgilere dayandırır. Hemşire bilgisini, profesyonel uygulama ve otonomisini güçlendiren klinik ve eğitimsel deneyimler aracılığıyla sürekli yenileyerek arttırır.⁹ Yoğun bakım ünitelerinde profesyonel hemşirelik bakımının verilebilmesinde; hemşirelerin motivasyon, iş doyumunu ve moral düzeylerinin yüksek olması ile kanıtla dayalı uygulamalar etkili olmaktadır.⁶

Günümüzde YBH fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşim alanındaki bilgilerin arttırılmasını sağlayarak gelişim göstermektedir. Yoğun bakım hemşireleri kaliteli bakım vermek için geliştirilen bakım standartlarından yararlanır. Bakımda kalite, diğer sağlık profesyonellerinin katılımının sağlanması ile mümkündür. Sıklıkla yoğun bakım hemşireleri diğer ekip üyelerinin bakıma katılmaları için koordinasyonu sağlar.⁹

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Yoğun bakım ilkelerinin belirlenmesinde çeşitli çalışmalar yapılmış olmakla birlikte temel ilke, hasta yaşamının sürdürülmesi amacına yönelik olmalıdır. Crocker çalışmasında C. Adams'ın CARE kelimesini her türlü bakım verdiği hastada ilke olarak benimsediğini ifade etmiştir. "CARE" kelimesinin açılımı; Clinical (Klinik), Administrative (Yönetim), Research (Araştırma), Education (Eğitim) şeklindedir. Bu açılım ele alındığında; yoğun bakımın ve hasta yapısının hemşirelik bakım ilkelerini şekillendirdiği görülür.^{5,8} Bu yaklaşım, stresi azalttığı gibi hastayı desteklemede duygusal yönden de hemşireye kolaylık sağlayan bir bakım yöntemidir.

Yoğun bakım hemşireleri; kritik düşünme, karar verme, klinik yönetimi, klinik ve etik durum-

ların çözümünde yardımcı olacak savunucu ve ahlaki özellikler, her türlü hasta birey ve ailesine uygun bakım verebilme, sağlık ekibiyle işbirliği, hastanın isteklerini paylaşabilme, holistik bakım uygulamak için gerekli olan sistemli düşünme yeteneği, hasta/aile eğitimi, değişime açık olma., kriz yönetimi yapabilen, hemşirelik sürecini kullanma yeteneği gibi özelliklere sahip olmalıdır. Ayrıca terapötik iletişim kurabilen, bilgisini uygulamalarına aktarabilen, sözlü-yazılı iletişim becerisine sahip olan, hasta/çalışan güvenliğini optimum düzeyde sağlayabilen, stresli ortamlarda çalışabilen, hızlı hareket edebilen, çevresel uyarınları yorumlayabilen, analitik düşünebilen, dikkatli olan, araştırma yapma bilgi ve becerisine sahip olan kişilerdir.^{3,7,8,10}

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili görüş ve düşüncelerinin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini 31 Temmuz 2009-30 Eylül 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi (%54,5), bir devlet hastanesi (%38,8), bir eğitim ve araştırma hastanesi (%69,5) ve bir özel hastanede (%93,75) yoğun bakım ünitelerinde çalışan (n=170), araştırmaya katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşireleri oluşturmuştur.

Araştırmada veriler; ilgili literatür doğrultusunda ve Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi görev tanımlamalarına uygun olacak şekilde yapılandırılan, iki bölümden oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır.^{10,11} Birinci bölümde, hemşirelere ilişkin sosyo-demografik bilgilerden (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışılan yoğun bakım ünitesi, çalışılan yoğun bakım ünitesinin hasta kapasitesi, ortalama haftalık çalışma süresi ve günlük ortalama bakılan hasta sayısı) oluşmaktadır. İkinci bölüm; dört ana bölümden ve toplam 41 ifadeden oluşan yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin form yer almaktadır. Bu ana başlıklar; yoğun bakım hemşirelerinin temel nitelikleri (n=2; 1-2 nolu ifadeler), fiziksel/mental nitelikleri (n=5,3-7 nolu ifadeler),

işin riskleri (n=8; 8-15 nolu ifadeler), görev yetki ve sorumlulukları (n=25;16-41 nolu ifadeler) ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin ifadeler; hemşirelik süreci, klinik uygulamalar, tedavi edici ilişkiler, etik uygulamalar, hasta ve çalışan güvenliği/ risk önleme, eğitim ve araştırma bölümlerinden oluşmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin rol ve sorumlulukları ile ilgili ifadeler "tamamen katılıyorum=4", "katılıyorum=3", "kısmen katılıyorum=2", "katılmıyorum=1" ve "fikrim yok=0" şeklinde cevaplar ile değerlendirilmiştir.

Anket sorularına verecekleri yanıtları etkileyebileceği düşünüldüğünden yoğun bakım üniteleri eğitim hemşireleri ve yönetici hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

BULGULAR

Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesi (n=108), bir devlet hastanesi (n=14), bir eğitim ve araştırma hastanesi (n=32) ve bir özel hastanede (n=15) yoğun bakım servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %54,5'i, devlet hastanesindeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %38,8'i ve eğitim ve araştırma hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %69,5'i ve özel hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %93,75'i araştırmamıza katılmayı kabul etmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin %97,06'sı kadın, %2,94'ü erkek; %51,18'i evli, %48,82'si bekar; %20,59'u ön lisans, %66,47'si lisans mezunudur. Örnekleme alınan hemşirelerin %52,35'i 1-5 yıl, %21,18'i 5-10 yıl yoğun bakımda çalışma yılına sahiptir. Yoğun bakımın hasta kapasitesine bakıldığında; hemşirelerin %52,94'ü 10-15 yataklı; %11,76'sı 28-33 yataklı olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısına bakıldığında; %69,41'i 1 ile 4 hastaya bakım verirken; %1,76'sı 14 ile 19 hastaya bakım vermektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu anestezi yoğun bakımda (%27,65) çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmaya katılan hemşirele-

TABLO 1: Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik verileri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	165	97,06
	Erkek	5	2,94
Medeni Durum	Evli	87	51,18
	Bekar	83	48,82
Öğrenim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	16	9,41
	Önlisans	35	20,59
	Lisans	113	66,47
	Yüksek lisans/Doktora	6	3,53
Yoğun bakımda çalışma yılı	1 yıldan az	21	12,35
	1-5 yıl	89	52,35
	5-10 yıl	36	21,18
	10 yıl ve üzeri	24	14,12
Yoğun bakım ünitesi	Göğüs –Kalp-Damar Cerrahisi	7	4,12
	Kardiyoloji	39	22,94
	Göğüs	7	4,12
	Post-op, Genel Cerrahi	18	10,59
	Nöroloji	4	2,35
	Çocuk Cerrahisi	15	8,82
	Anestezi	47	27,65
	Kadın Doğum	9	5,29
	Yeni Doğan	4	2,35
	Dahiliye	13	7,65
Gastroenteroloji	7	4,12	
Yoğun bakım ünitesinin hasta kapasitesi	4-9 Hasta	26	15,29
	10-15 Hasta	90	52,94
	16-21 Hasta	34	20,00
	22-27 Hasta	20	11,76
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	2-7 Hasta	118	69,41
	8-13 Hasta	38	22,35
	14-19 Hasta	3	1,76
	20-25 Hasta	5	2,94
	26-31 Hasta	6	3,53
Aylık nöbet sayısı	1-4 Nöbet	19	11,18
	5-8 Nöbet	78	45,88
	9-12 Nöbet	63	37,06
	13-16 Nöbet	10	5,88

rin nöbet sayısı incelendiğinde ise %45,88'i aylık 5-8 nöbet, %5,88'i 13-16 nöbet tutmakta olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını kapsayan dört ana bölüm puan ortalamaları temel nitelikler için 3,18, fiziksel/mental nitelikler için 3,75, yoğun bakım ünitesinin riskle-

ri için 3,22, görev, yetki ve sorumluluklar bölümü için 3,34'dür. Görev, yetki ve sorumluluklar alt bölümlerinin puan ortalamaları ise hemşirelik süreci 2,83, klinik uygulamalar 3,43, tedavi edici ilişkiler 3,50, hasta ve hemşire güvenliği/ risk önleme 3,43, etik uygulamalar 3,58, eğitim 3,36, araştırma için 3,30'dur (Tablo 2).

Yoğun bakım ünitesinin riskleri bölümünde yer alan "Yoğun bakımlarda elektrik kaçağı olabilir" ifadesinin ortalaması 2,72 iken; "Yoğun bakımlardaki malzemeler hemşirelerin vücut mekaniğine uygundur" ifadesinin ortalaması 1,88 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumu ile fiziksel/mental nitelikler, klinik uygulama ve etik uygulama bölümlerine ilişkin ifadelerin puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel analizde anlamlı derecede yüksek bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 3). Bu anlamlılığın bekar olan katılımcılardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada yaş grupları ve bölümlerin puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel analizde ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumu ile temel nitelikler ve fiziksel/mental niteliklere ilişkin ifadelerin puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 3). Bu anlamlılığın lisans ve yüksek lisans grubundan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$). Yüksek lisans grubunda lise, ön lisans ve lisans grubuna göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir. Eğitim ve araştırma puan ortalamaları yüksek lisans grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, çalıştıkları yoğun bakım ünitesi, çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin hasta kapasitesi, günlük bakılan hasta sayısı ve nöbet sayılarına göre klinik uygulamalar puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmada ortalama 14-19 arası hasta bakan yoğun bakım hemşirelerinin temel nitelik puan or-

TABLO 2: Yoğun bakım hemşireliği rol ve sorumluluklara ilişkin ifadelerin puan ortalamaları.

İfadeler	Ortalama
Temel Nitelikler	3,18
1-Yoğun bakım hemşireleri lisans mezunu olmalıdır.	3,06
2-Yoğun bakımda çalışmak için mezuniyet sonrası yoğun bakım hemşireliği sertifikası alınmalıdır.	3,30
Fiziksel/Mental Nitelikler	3,75
3-Yoğun bakım hemşiresi ekip çalışmasına yatkın olmalıdır.	3,71
4-Yoğun bakım hemşiresi kendini çalıştığı alanla ilgili geliştirmelidir.	3,78
5-Yoğun bakım hemşiresi kritik durumlarda hızlı karar verebilmelidir.	4,06
6-Yoğun bakım hemşiresi araştırma yapma bilgi ve becerisine sahip olmalıdır.	3,62
7-Yoğun bakım hemşiresi sözlü ve yazılı iletişim becerisine sahip olmalıdır.	3,61
Yoğun Bakım Ünitesinin Riskleri	3,22
8- Yoğun bakımlar hemşireler için riskli yerlerdir.	3,36
9- Yoğun bakımlarda elektrik kaçağı olabilir.	2,72
10- Yoğun bakımlarda hemşireler röntgen ışınlarına maruz kalmaktadır.	3,43
11- Yoğun bakımlarda kesici delici aletlerle yaralanmalar hemşirelerin karşılaştıkları risklerdendir.	3,42
12- Hasta kanı ve vücut sıvılarıyla bulaşma hemşirelerin yoğun bakımlarda karşılaştıkları risklerdendir.	3,66
13- Yoğun bakımlardaki malzemeler hemşirelerin vücut mekaniğine uygundur.	1,88
14- Yoğun bakımda çalışan hemşireler uzun süre ayakta kalmaktadır.	3,76
15- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin uzun ve düzensiz çalışma saatleri vardır.	3,60
Görev, Yetki ve Sorumluluklar	3,34
Hemşirelik süreci	2,83
16- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastalardan ve yakınlarından hemşirelik süreci için veri toplar.	2,62
17- Yoğun bakım hemşiresi hasta üniteye kabul edildikten sonra hemşirelik bakım planını belirler.	3,05
Klinik uygulamalar	3,43
18- Yoğun bakımlarda hastaları değerlendirmek için bazı skalalar kullanılır.	3,37
19- Yoğun bakımda hemşiresi temel ve ileri yaşam desteği protokollerine uygun acil girişimleri başlatır.	3,40
20- Yoğun bakımda hemşiresi acil ilaç seti, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.	3,65
21- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastanın tedavi ve bakım planının oluşmasına katkıda bulunmak için diğer sağlık profesyonelleriyle vizitler yapar.	3,38
22- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlamak için çevresel uyaranları kontrol altına alır.	3,23
23- Yoğun bakımda çalışan hemşire her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini farklı dozlarını ve olabilecek yan etkileri bilir.	3,34
24- Yoğun bakımda çalışan hemşire hemodinamik parametreleri takip eder ve hesaplar, sonuçları yorumlar, kaydeder ve ilgili sağlık profesyonellerine bildirir.	3,52
25- Yoğun bakımda çalışan hemşire kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanıır ve gerekli acil girişimleri bilir, uygular.	3,31
26- Yoğun bakımda çalışan hemşire hemşirelik girişimlerini uygun ve güvenli şekilde kaydeder	3,63
27- Yaptığı bakımın etkinliğini sürekliliği ve sistematik şekilde değerlendirir.	3,52
Tedavi edici ilişkiler	3,50
28- Hemşire hasta bakımını planlarken sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapar.	3,40
29- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastayla ilgili bilgileri bir sonraki vardiyada çalışacak hemşireye vardiya bitiminde sözlü olarak teslim eder.	3,63
30- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastayla ilgili bilgileri bir sonraki vardiyada çalışacak hemşireye vardiya bitiminde yazılı olarak teslim eder.	3,47
Etik uygulamalar	3,58
31- Yoğun bakımda çalışan hemşire hasta ve ailesinin bütünlüğüne/haklarına, otonomilerine ve farklılıklarına saygı gösterecek, yargılayıcı ve ayrımcı olmayacak şekilde bakım sağlar.	3,61
32- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastaya yapacağı girişimleri etik ilkeler doğrultusunda belirler.	3,63
33- Yoğun bakımda çalışan hemşire hasta haklarını savunur.	3,52
Hasta ve hemşire güvenliği/Risk önleme	3,43
34- Yoğun bakımda çalışan hemşire hastalar ve çalışanlar için güvenli bir çevre sağlar ve sürdürür.	3,29
35- Hemşirelik bakımında gerekli olan asepsi, sterilizasyon ve izolasyon tekniklerine uyar ve uyulmasını sağlar.	3,58
Eğitim	3,36
36- Yoğun bakımda çalışan hemşire yoğun bakım hemşireliği ile ilgili bilgi, beceri ve yetkinliklerini güncelleştirir.	3,47
37- Yoğun bakımda çalışan hemşire öğrenci hemşirelerin klinik eğitimleri için öğretici ortamın yaratılmasına katkıda bulunur.	3,34
38- Yoğun bakımda çalışan hemşire hasta ve ailesinin eğitimlerinde, onların geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alır.	3,34
39- Yoğun bakımda çalışan hemşire akranlarının, meslektaşlarının ve diğer sağlık görevlilerinin profesyonel gelişimlerine katkıda bulunur.	3,31
Araştırma	3,30
40- Yoğun bakımda çalışan hemşire araştırma bulgularını, yenilikleri yoğun bakım uygulamalarına yansıtır.	3,31
41- Yoğun bakımda çalışan hemşire uygulamalarında kanıt dayalı araştırma sonuçlarından yararlanır.	3,30

TABLO 3: Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin görüşlerinin bazı bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması.

Bağımsız Değişkenler	Yoğun bakım						Hasta ve Hemşire													
	Temel Nitelikler		Fiziksel/Mental Nitelikler		Ünitesinin Riskleri		Görev Yetki ve Sorumluluklar		Klinik Uygulamalar		Tedavi Edici İlişkiler		Etik Uygulamalar		Güvenliği/Risk Önleme		Eğitim		Araştırma	
	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P	KWH	P
Medeni Durum	5,157	0,076	9,759	0,008*	2,889	0,236	4,130	0,127	6,363	0,042*	3,187	0,203	6,355	0,042*	2,500	0,286	2,992	0,224	0,949	0,622
Yaş Grubu	5,701	0,223	6,836	0,145	4,021	0,403	4,260	0,372	5,002	0,287	5,532	0,237	6,548	0,162	3,125	0,537	4,634	0,327	1,648	0,800
Öğrenim Düzeyi	34,030	0,000*	14,117	0,003*	4,481	0,214	6,412	0,093	14,012	0,003*	13,432	0,004*	11,386	0,010*	16,256	0,001	7,824	0,049*	13,149	0,004*
Yoğun bakımda çalışma yılı	1,346	0,718	6,582	0,086	5,357	0,147	1,690	0,639	2,763	0,430	3,230	0,357	10,782	0,013*	5,108	0,164	7,715	0,052	6,250	0,100
Yoğun bakım ünitesinin hasta kapasitesi	0,645	0,886	2,159	0,540	5,933	0,115	7,480	0,058	2,083	0,555	0,650	0,885	6,379	0,095	4,657	0,199	2,564	0,464	3,407	0,333
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	10,322	0,035*	1,346	0,854	4,100	0,393	2,139	0,710	3,027	0,553	5,682	0,224	6,942	0,139	5,300	0,258	4,099	0,393	4,448	0,349
Aylık nöbet sayısı	5,194	0,158	3,237	0,357	7,658	0,054	4,910	0,178	2,160	0,540	2,540	0,468	5,145	0,161	4,727	0,193	2,013	0,570	1,276	0,735

talamaları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek görülmüştür (Tablo 3) ($p < 0,05$).

Tablo 3'te, hemşirelerin yoğun bakımda çalışma yıllarına göre etik uygulama puan ortalamaları kıyaslandığında; 5-10 yıl arasında çalışan grupta anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

TARTIŞMA

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını kapsayan dört ana bölümde de puanların ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yoğun bakım hemşirelerinin temel nitelikler bölümünde yer alan ifadeler büyük çoğunluğunun katıldıkları ($X=3,18$) görülmektedir. Hemşirenin toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için; gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilmesi, bilgiyi araması, sorgulaması, eleştirel düşünebilmesi, sorunlara çözüm getirebilmesi dolayısıyla yaratıcı düşünceler üretebilmesi bunun yanında dünyadaki diğer meslektaşları ile her türlü iletişimi kurabilmesi ve entellektüel gelişimlerini sürdürerek toplumsal duyarlılığa sahip olması gerekmektedir. Dolayısıyla hemşireler, özelde çağdaş insan ve genelde hemşireliğin evrensel niteliklerini kazanmış olmalıdır.^{12,13} Yoğun bakım hemşiresi hastanın iyileşme sürecinde önemli kararlar ve sorumluluklar alırken gelişmiş hemşirelik becerilerine, değişiklikleri değerlendirebilme yeteneği ve bilimsel bilgilere sahip olması gerekmektedir.^{9,14} Yoğun bakım hemşirelerinin eğitimine ilişkin Madrid Deklarasyonunda (1993) hasta ve yakınlarının alanında uzmanlaşmış yoğun bakım hemşirelerinden bireyselleştirilmiş sağlık bakımı alma hakkı olduğunun üzerinde durulmaktadır. Bunun yanında, yoğun bakım hemşirelerinin de hastalar ve toplumun gereksinimlerine etkin bir şekilde yanıt verebilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, bu bilgi ve becerileri günün koşullarına uygun şekilde yenilemelerinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır.¹³⁻¹⁶

Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel/mental nitelikler bölümlerinde yer alan ifadeler büyük çoğunluğunun katıldıkları ($X=3,75$) görülmektedir. Yoğun bakım ekibi bilgi, beceri, tecrübe ve uzmanlıkları ile tıbbi tedavi ve bakıma katkıda bulunabilecek farklı disiplinlerden bilinçli olarak seçilmiş meslek üyelerinden oluşmalıdır. Hedeflenen sonuçlara ulaşmada ekip üyelerinin, bilgi ve becerilerini paylaşmaları önemlidir. Yoğun bakım hemşiresi

diğer ekip üyelerinin koordinasyonu sağlayarak hasta bakımında istenilen düzeye ulaşmada kurum iklimi oluşturur.⁹ Hemşirelerin hastalarla 24 saat ilgilenmesinden dolayı, hastalara bakım verme ve rehberlik rolü diğer ekip üyelerine göre daha uygundur. Hemşire-hasta ilişkisi, hasta bakım sürecinde odak noktayı oluşturmaktadır. Bu anlamda hemşirenin, teorik bilgi yanında uygulama bilgileri de yeterli olmalıdır. Hemşire tüm temel bilimlerden aldığı bilgileri, tedavi ve bakımda kullanmanın yanı sıra hasta haklarına yönelik bilgilerini hemşirelik yetenekleriyle birleştirip kullanabilmelidir.¹⁷ Dizer ve ark. çalışmalarında hemşirelerin yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma yılları, çalışma saatleri, nöbet ve vardiya sistemi ile, ekip içi iletişimin empati düzeylerini etkilediği belirtilmiştir.¹⁸

Araştırmada yoğun bakım ünitesinin riskleri bölümünde yer alan ifadeler verilen yanıtların puan ortalaması 3,22 olarak saptanmıştır. Çalışma ortamı ve fiziksel koşullar, stres algısı yaratmakta ve emosyonel yapıyı etkilemektedir. Çalışma yılı arttıkça, iş yükü fazlalığı ve yoğun çalışma saatleri yoğun bakım hemşiresinin profesyonel davranış göstermesini etkilemektedir.⁶ Sağlık çalışanları, mesleki nedenlerle enfekte kan ve vücut sıvılarına maruz kalmayı takiben önemli mortalite ve morbiditeye neden olabilen hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanma açısından risk altındadır. Bu enfeksiyonların bulaşma riski, perkütan yolla olan yaralanmalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Altıok ve ark.nın araştırmasında sağlık çalışanlarında delici ve kesici aletle yaralanmanın en çok hemşire/ebelerde yaşandığı ve %79,1'inin çalışma hayatında en az bir kez delici ve kesici aletle yaralandığı, yaralanmaların %60,9'unun kanla bulaşmış aletle ve çoğunlukla enjektör iğnesi ile yaşandığı (%89,2) saptanmıştır.^{19,20} Akyol ve ark. çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin %21,2'sinin çalıştığı yoğun bakım ünitesinde son 12 ayda kontamine olmuş bir kesici-delici aletle yaralandığı, %65,8'inin 1-3 kez yaralandığı saptanmıştır.¹⁷

Araştırmada yoğun bakım ünitesinin riskleri bölümünde yer alan ifadeler büyük oranda katılırken, 'Yoğun bakımlardaki malzemeler hemşire-

lerin vücut mekaniğine uygundur" ifadesine hemşirelerin kısmen katıldıkları (X=1,88) saptanmıştır. Araştırmada hemşirelerin İş ile ilgili kas-iskelet bozuklukları (WRMD-Work-Related Musculoskeletal Disorders) açısından sağlık çalışanları içinde en fazla hemşireler risk altındadır. WRMD vücudun birçok bölümünü etkileyebilir; hemşirelerde en fazla etkilenen vücut bölümlerinin boyun, omuz, sırt ve bel olduğu belirlenmiştir. Fiziksel incelemeyle ilgili 1994 yılında yapılan bir çalışmada en fazla fiziksel güç gerektiren meslekler arasında hemşirelik ikinci sırada; 2001 yılında yapılan bir çalışmada hemşire yardımcıları ikinci, kayıtlı hemşireler 8. sırada yer almıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda hemşirelerde WRMD'nin 12 aylık prevalansının %62 ile %93,6 arasında değiştiği gösterilmiştir. Ülkemizde WRMD prevalansı Tezel'in çalışmasında %90; Pınar ve Sert'in %79,8 olarak bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin baş ağrısı, sırt-eklem-bel ağrısı, mide şikayetleri, yorgunluk, uykusuzluk, varis, anksiyete, stres, menstruasyon bozukluğu ve yüksek tansiyon gibi sağlık yakınmaları olduğu belirtilmektedir.^{21,22} Ergör ve ark.nın yaptıkları araştırmada, sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanlarının sık karşılaştıklarını belirttikleri riskler arasında uzun süre ayakta çalışma %51,7 oranı ile beşinci sırada yer alırken; Özkan ve Gökdoğan'ın yaptığı araştırmada, çalışanların maruz kaldıkları hastalıklar arasında varis %16,8'lik oranla ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir.²³

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklar bölümünde yer alan ifadeler büyük çoğunluğunun katıldıkları (X=3,34) saptanmıştır. Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin bakımının sürdürülmesinde hemşireye sistematik bir bakış açısı ve bilimsel bir yaklaşım kazandırır.²⁴ Yoğun bakımda hemşirelik sürecinde tutulan kayıtlar sağlık bakımı verenler arasında iletişimi sağlamada kolaylaştırıcıdır ve verilen bakımın kalitesinin ölçülmesine de yardımcı olur. Aynı zamanda ileriye yönelik harcama planı oluşturmada bakım maliyetini hesaplamayı ve bakım hizmetindeki değişiklikleri izlemeyi sağlar.⁹

Amerika'da "Tıp Enstitüsü" nün 1997 yılında 33,6 milyon yatan hastayı esas alarak yaptığı bir

araştırmada yılda, 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmiştir. Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, tartışmacı kişilik gibi insan kaynaklı sorunlar tıbbi hatalara neden olabilir. İşyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik gibi nedenler kurumsal kaynaklı sorunlardır. Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihaz gibi teknik faktörler de tıbbi hata nedeni olabilmektedir. Tıbbi hataların ana sebebi kişiye bağlı olmakla birlikte sistemdeki yetersizlik ve eksiklikler nedeniyle olduğu da düşünülmektedir.¹⁰ Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin (AACN) akut ve YBH uygulama standartları; kritik hastalara bakım veren hemşireler için uygulamaları tanımlar. Standartlar klinik uygulamalarda rehber görevi görür. Bakımın derecesini, hemşirelerden beklenen rolleri ve sorumlulukları tanımlar.¹³ Hemşireler, ilaçların güvenli bir şekilde uygulanmasından sorumludurlar. Bu nedenle, ilaç hatalarının önlenmesinde önemli bir role sahiptirler. Hemşirenin ilaç uygulama süreci içindeki rolü, doğru ilacı doğru dozda, doğru hastaya, doğru zamanda, doğru yoldan vermek, istenen etkiyi değerlendirip desteklemek, istenmeyen etkilere karşı düzeltici önlemler almak, kayıt tutmak ve hastaya eğitim vermektir.¹³ Tıbbi hata özellikleri incelendiğinde, en sık yapılan tıbbi hatanın yanlış ilaç seçimi (%47), doz şeması (tedavi çizelgesi- defteri) ve infüzyon hızı (besleyici ajanlar ve kan ürünleri) olduğu görülmektedir.^{25,26} Aştı ve ark. araştırmalarında ilaç hatalarından %96,8 oranında hemşire, %14,9 oranında hekim sorumlu bulunmuştur. Hemşirelerin %33,4'ünün (n= 50) ilaçların yapı ve özelliği, etki mekanizması, verilmiş yolu, alerjik ve yan etki gibi farmakolojik özellikleri, %13,3'ünün yaş, vücut ağırlığı, ilacın yapısı, şekli, hastanın eski alışkanlığı, uygulama yolu, atılım yolu ve birikimi gibi ilaçların verilmiş dozunu etkileyen faktörleri, %77,3'ünün ilaç toleransının anlamını, %82,7'sinin ilaçların etkisini (sistemik, sinerjik ve lokal) bildiği saptanmıştır.²⁴

Araştırmada, hemşirelerin eğitim bölümünde yer alan ifadelerle çoğunluğunun katıldıkları (X=3,36) görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelik uygulamalarının temel hemşirelik bilgi ve beceri-

lerine ek olarak, tıbbi ve yüksek teknolojiye ilişkin bilgi ve beceriler gerektirdiği görülmektedir. Ayrıca hızlı karar verme ve uygulama, zamanı etkin kullanma yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin iyi yetişmiş, deneyimli ve yeterli bilgiye sahip, acil durumlarda gerekli bilgi ve beceriyi uygulayabilen, kendi yetkisi içinde hızlı karar vermesi ve uygulayabilmesi, genç (tercihen 20-30 yaş arası) ve dinamik olması beklenmektedir.²⁷

Araştırmada araştırma bölümünde yer alan ifadelerle çoğunluğunun katıldıkları (X=3,30) görülmektedir. Kelleci ve Gölbaşı'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %45,6'sının herhangi bir araştırma sürecinde yer aldığı, %80,6'sının hasta bakımında araştırma sonuçlarını kullandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu, hemşirelik alanında yapılan araştırma sonuçlarının hasta bakımında kullanılması gerektiğini (%84,8), hasta bakımında araştırma sonuçlarının kullanmanın hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükselteceğini (%88,6), hasta bakımı vermenin hemşirenin bağımsızlığını arttıracığını (%81,4) ve hemşireliğin bilimsel bir meslek olarak gelişmesine katkı vereceğini (%88,6) düşündüklerini ifade ettikleri belirlenmiştir.²⁸

SONUÇLAR

Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımdaki rol ve sorumlulukları, bunlarla ilgili görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla planlanan araştırmanın bulguları doğrultusunda;

- Araştırmaya katılanların %97,06'sını kadın, %2,94'ünü erkek; %51,18'ini evli, %48,82'sini bekar; %20,59'unu önlisans, %66,47'sini lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %52,35'i 1-5 yıl, %21,18'i 5-10 yıldır yoğun bakımda çalışmaktadır.

- Araştırmanın yürütüldüğü yoğun bakımların kapasitesi %52,94'ü 10-15 yataklı; %11,76'sı 28-33 yataklıdır.

- Araştırmada hemşirelerin günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı %69,41'i 1-4 hasta, %1,76'sı 14-19 hastaya bakım vermektedir.

■ Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu anestezi yoğun bakımda (%27,65) çalışan hemşireler oluşturmuştur.

■ Araştırmada hemşirelerin aylık nöbet sayısı %45,88'i 5-8 nöbet, %5,88'i 13-16'dır.

■ Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını kapsayan dört ana bölüm puan ortalamaları temel nitelikler için 3,18, fiziksel/mental nitelikler için 3,75, yoğun bakım ünitesinin riskleri için 3,22, görev, yetki ve sorumluluklar bölümü için 3,34 olarak saptanmıştır.

■ Araştırmada görev, yetki ve sorumluluklar alt bölüm puan ortalamaları hemşirelik süreci 2,83, klinik uygulamalar 3,43, tedavi edici ilişkiler 3,50, hasta ve hemşire güvenliği/risk önleme 3,43, etik uygulamalar 3,58, eğitim 3,36, araştırma için 3,30 olarak saptanmıştır.

ÖNERİLER

Araştırma süreci boyunca elde edilen deneyimler ve sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

■ Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını kapsayan dört ana bölüm puan ortala-

maları temel nitelikler, fiziksel/mental nitelikler, yoğun bakım ünitesinin riskleri ve görev, yetki ve sorumluluklar bölümlerinin tek tek ele alınarak incelenmesi,

■ Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına ilişkin sahip olması gereken niteliklerin geliştirilmesi,

■ Yoğun bakım hemşirelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

■ Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarına yönelik yasal düzenlemelerin yapılması ve desteklenmesi,

■ Yoğun bakım hemşirelerin hemşirelik süreci ve etik uygulamalara yönelik eğitimlerinin sağlanması,

■ Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliğine yönelik risklerin belirlenerek önlemlerin alınması,

■ Yoğun bakım hemşirelerin araştırma yapabilmeleri için desteklenmesi ve olanakların sağlanması,

■ Bu araştırmanın sonuçların güvenilir ve etkinliğini sağlayabilmek için daha büyük örneklem grubunda tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Black J, Hawks JH. Medical Surgical Nursing. 6th ed. 2001. p.159-64.
- Shoemaker, Ayres, Grenvik, Halbrook. Textbook of Critical Care. 2nd ed. 1989. p.1421-3.
- Sole M, Hartshorn J. Overview of Critical Care Nursing. 3rd ed. 2001. p.873-80.
- Dede M, Çınar S. Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(1); 3-14.
- Crocker C. The Development of Critical Care Nursing. Intensive and Critical Care Nursing 2007;23(6):323-30.
- Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2009;51:168-73.
- Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44(4): 475-9.
- Platt A, Richadson A, Wimpenny S. Implementation and Evaluation of the Critical Care Assistant's Role. Nursing in Critical Care 2007; 12(5); 242-249.
- Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun Bakım Hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi 2004; 4(3); 179-85.
- Ergün AY, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2): 102-13.
-Anonymous. advantages of certification; Critical Care Nurse; 2007; 36.
-Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri.www.gulhanemedicaljournal.org (erişim tarihi:18.03.2009).
- Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007a: 11(3); 13-22.
- Badır A. Uluslar arası Öneriler Işığında Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitiminin Türkiye'deki Durumu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2004; 8(2):83-887.
- Chaboyer W, Coombs M, Sole M. Advanced Nursing Roles in Critical Care-A Natural or Forced Evolution?. J Prof Nurs 2007;23(2): 83-90.
- Eşer İ, Khorshid L, Türk G. Hemşirelerden İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007b: 23 (2); 81-91.
- Akyol AD, Samancıoğlu S, Ünlü D. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Kesici Delici Alet Yaralanmalarının İncelenmesi. 3rd EFCCNa Congress, Florence, Italy, 2003.
- Dizer B, İyigün E. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Empatik Eğitim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(1): 9-19.
- Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S. Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3): 70-9.

20. Terzi Ö, Aker S. Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(1): 7-12.
21. Tezel A. Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. Int J Neorosci 2005; 115; 871-80.
22. Pınar R, Sert H. Sağlık Çalışanlarında Kas-İskelet Sorunları. Osmangazi Tıp Dergisi 2008; 30(1); 71-80.
23. Özkan Ö, Gökdoğan F. Bolu il merkezindeki sağlık çalışanlarının birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongre Kitabı. Ankara, 2001.
24. Aştı T, Kıvanç M. Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(3); 1-9.
25. Özer F, Kuzu N. Öğrencilerin Bakım Planlarında Hemşirelik Süreci ve NANDA Tanılarını Kullanma Durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22(1):69-80.
26. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;1: 33-43.
27. Özalın G, Nehir S. Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri ve Kullandıkları Baş etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(3):60-8.
28. Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Araştırma Yapma ve Araştırma Sonuçlarını Bakımda Kullanma ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;2:3-16.

Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale: Validity and Reliability Study

Sezgi ÇINAR,^a
Funda ASLAN,^b
Tuba KURTOĞLU^c

^aHemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

^bYoğun Bakım Servisi,
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa
^cAcil Bakım Servisi,
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 20.12.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 13.11.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sezgi ÇINAR
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
sezgincinar@hotmail.com

ÖZET Amaç: Bu çalışma, Ballard tarafından geliştirilen, Cochran ve Ganong tarafından revize edilen Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirliğini incelemek amacıyla metodolojik olarak yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma; çalışma kriterlerine uyan 150 yoğun bakım hastası ile gerçekleştirildi. Veriler, sosyodemografik özellikleri içeren Hasta Tanıtım Formu ve 42 maddeden oluşan Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği ile toplandı. Veri analizinde; içerik geçerliği için Kendall W analizi, güvenirlilik için Spearman Brown Katsayısı, Cronbach Alfa Katsayısı ve Madde Toplam Puan Analizi için Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. **Bulgular:** Ölçeğin dil geçerliği için, Türkçe ve İngilizce'yi çok iyi bilen dört uzman kişi, orijinal hali İngilizce olan ölçeği Türkçe'ye çevirdi. Başka bir uzman ise, Türkçe'ye çevirilen ölçeği tekrar İngilizce'ye çevirisini yaptı. Yapılan çeviriler bağımsız iki gözlemci tarafından değerlendirilerek ve her madde için en uygun ifade benimsenerek Türkçe ölçeğe son şekli verildi. Ölçekte yer alan maddelere ilişkin uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptandı (Kendall W= 0,139; p= 0,265). Güvenirlilik çalışmasında yarıya bölme tekniği kullanıldı ve Spearman Brown katsayısı yardımıyla testin bütününe ilişkin güvenirlilik katsayısı 0,91 bulundu. Madde-toplam test korelasyon katsayılarının 0,23-0,75 arasında olduğu saptandı. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,94 olup yüksek güvenirliliğe sahiptir. **Sonuç:** Ballard tarafından geliştirilen, Cochran ve Ganong tarafından tekrar revize edilen, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlilik düzeyi yüksek düzeyde bulundu. Bu nedenle, bu ölçek Türk toplumunda, yoğun bakım ünitelerindeki hastalar tarafından algılanan çevresel stresörleri belirlemede kullanılabilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım üniteleri; çevre; stresör; geçerlik güvenirlilik

ABSTRACT Objective: This study was conducted as methodological to investigate the validity reliability Turkish version of the Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale developed by Ballard, and revised by Cochran and Ganong. **Material and Methods:** The study was conducted with 150 patients who were selected according to criteria of study in intensive care unit. Data were collected using a Patient Information Form covering demographic data and Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale consisting of 42 items. Kendall W analysis was used to test content validity. The Spearman Brown coefficient and the Cronbach Alfa Coefficient were used to test internal consistency of the scale and item analysis for total score was used the Pearson correlation analysis. **Results:** Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale was translated from English to Turkish by four experts for the languages validity. The Turkish version of the scale was translated back into English by another expert. The translations were evaluated by two independent observers and the most appropriate translation for each item was accepted. There was no difference among opinions of experts (Kendall W= 0.139; p= 0.265). Split half analysis was used for reliability. Spearman Brown coefficient was all about the reliability coefficient of 0.91. Item-total test correlation coefficients were between 0.23 and 0.75. The Cronbach alfa coefficient was 0.94 and had a high reliability. **Conclusion:** Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale, which was developed by Ballard and revised by Cochran and Ganong, was found to be reliable and valid for Turkish version. Therefore, this scale can be used to determine environmental stressors which were perceived by patients in intensive care units of the Turkish population.

Key Words: Intensive care units; stressor; environment; validity reliability

Yoğun bakımda yatan hastalar genellikle fiziksel ve duygusal streslerle karşı karşıya kalırlar.¹ Yapılan bazı çalışmalarda, yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalar için stres yaratan faktörler hasta için yabancı olan makinelerin varlığı, 24 saat yanan ışıklar, gürültü, kötü kokular, invaziv uygulamalar, uykusuzluk, özel ilgi yoksunluğu, aileden ayrılma, mahremiyetin olmaması,^{2,7} ağrı, iletişim kuramama, çeşitli tüp ve bağlantıların olması ve bunlara bağlı olarak hareket edememe,^{2,8-12} nozokomiyal enfeksiyonlar¹³ ve algı bozuklukları¹⁴ olarak bildirilmiştir. Alarm sesleri, aspirasyon cihazının sesi, telefon, monitör ve ventilatör sesleri, diğer hastaların çıkardığı sesler, ayak sesleri, sağlık personelinin sesi, kapı-pencere, pansuman arabası ve benzeri araç-gereçlerin çıkardığı sesler hasta için önemli gürültü kaynakları olarak gösterilmiştir.^{9,10} Sürekli, değişik algısal uyarana maruz bırakan yoğun bakım ortamı hastalarda normal algı girişinin bozulmasına ve yoğun bakım sendromunun ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir.⁴

Literatür taraması sonucunda; ülkemizde yoğun bakımda tedavi gören hastalar için stres yaratan faktörlerin niteliksel çalışmalar ile elde edildiği, standart bir ölçüm aracı kullanılmadığı görülmektedir. Bu bağlamda, yoğun bakım ünitelerindeki hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin objektif olarak değerlendirilebilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından kullanılacak geçerli ve güvenilir standart ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla geliştirilmiş ölçeklerden birisi “Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ - Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale)” dir.² Yoğun bakım hastaları için stres yaratan faktörlerin belirlenmesi için Amerika’da Ballard tarafından geliştirilen “Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği” 40 madde içermektedir.² Bu ölçek daha sonra Cochran ve Ganong tarafından tekrar revize edilerek son şekli 42 madde olarak değiştirilmiştir.³

Ülkemizde, yoğun bakımda hastaların tedavi ve bakım gereksinimleri karşılanmasına rağmen, maruz kaldıkları çevresel stresörler pek dikkate alınmamaktadır. Oysa yoğun bakımda tedavi gören hasta için stres yaratan çevresel faktörlerin hemşi-

re tarafından bilinmesi ve uygun önlemlerin alınması, hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyecektir. Bu durum göz önüne alındığında, bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için stres yaratan çevresel faktörlerin belirlenmesinde kullanılacak YBÜÇSÖ’nün Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Metodolojik olarak yapılan bu çalışma, 1 Kasım 2009-31 Ocak 2010 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin birinci ve ikinci düzey yoğun bakım ünitelerinde (kardiyoloji, genel cerrahi ve kalp- damar cerrahisi), bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi.

Yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat, en fazla 72 saat yatan yoğun bakım sendromu gelişmiş,² iletişime ve işbirliğine açık, 18 yaşından büyük, damar içi (IV) kanülü bulunan, oksijen inhalasyonu alan, monitörize edilmiş, şiddetli ağrısı olmayan, mekanik ventilatöre bağlı olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 150 yoğun bakım hastası çalışmaya alındı.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında sosyodemografik özellikleri belirlemeye yönelik hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu” ile yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörleri belirlemek için YBÜÇSÖ kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, kronik bir hastalığının olup olmadığı ve mevcut hastalığına ilişkin sorular yer almaktadır.

Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Amerika’da, 1981 yılında Ballard tarafından geliştirilen YBÜÇSÖ 40 madde içermekte olup 1985 yılında Nastasy tarafından revize edilmiştir.³ Bu ölçek 1989 yılında, Cochran ve Ganong tarafından tekrar revize edildiğinde ise son şekli 42 madde olarak belirlenmiştir.³ Ölçeğin orijinal dili İngilizce’dir. Bu ölçek yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların algıladıkları stresörleri ta-

nımlamak ve aynı zamanda hemşirelerin bu stresörleri azaltmada ne kadar etkili olabildiğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.³

Bu çalışmada, 1989 yılında Cochran ve Gannon tarafından tekrar revize edilen YBÜÇSÖ kullanıldı. Bu ölçek toplam 42 maddeden oluşmakta olup, derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiç etkilemez (1), çok az etkiler (2), sıklıkla etkiler (3), çok fazla etkiler (4) şeklindedir ve her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçeğin toplam puanı en düşük 42, en yüksek 168 puandır.

Ölçek uyarlama çalışmalarında psikolinguistik özellikler (dil geçerliği) ve psikometrik özellikler (geçerlik-güvenirlik) incelenir, kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması yapılır.¹⁵ Psikometrik özelliklere ilişkin güvenilirlik ve geçerlik olmak iki temel bilgi aranmaktadır.^{16,17} Psikometrik özellikleri sınanmış olsa da, eğer testlerin güvenilirliği ve geçerliği düşük düzeyde ise kullanılması sakıncalıdır.¹⁷

Geçerlik bir ölçme aracının, hangi özellikleri ölçmeyi planlıyorsa gerçekten o özellikleri ölçebiliyor olmasıdır.^{17,18} Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilirlik olmasına karşın, güvenilirlik hiçbir zaman geçerliği garantileyemez. Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir. Bir ölçüm aracı "belli bir amaç ve belli koşullar" için geçerlidir.¹⁹ Bu literatür bilgileri doğrultusunda YBÜÇSÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı.

Veriler, yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından toplandı. Her bir hasta ile görüşme ortalama 20 dk. sürdü.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu çalışmada, YBÜÇSÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması konusunda Jane Cochran'dan elektronik posta yolu ile yazılı izin alındı.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesinden gerekli kurum izinleri yazılı olarak alındı. Etik Kurul Onayı, Sağlık Bakanlığı Bursa Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alındı. Araştırmaya katılacak yoğun bakım hastalarına araştırmacının amacı hakkında bilgi verildi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılarak etik ilke koşulu yerine getirildi.

lu'ndan alındı. Araştırmaya katılacak yoğun bakım hastalarına araştırmacının amacı hakkında bilgi verildi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılarak etik ilke koşulu yerine getirildi.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizi için aşağıda belirtilen testler kullanıldı.

Geçerlik Çalışması: Kapsam/içerik geçerliği için Kendall W Analizi kullanıldı.

Güvenirlik Çalışması: Ölçek iç tutarlılığı için Cronbach's alfa katsayısı ve Spearman-Brown katsayısı, madde toplam puan analizi için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Yoğun bakım ünitesinde tedavi saatlerinin, doktor vizitlerinin ve istenen tetkiklerin fazla olması ve hastaların durumlarının ağır olması nedeniyle hastalar ile görüşme yapılmasında zorluk yaşandı. Dahili yoğun bakım ünitelerinde hasta yatışları süresinin uzun olması, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde kısa süreli yatışların (24 saat) olması nedeni ile çalışma kriterlerine uygun olan hastalara ulaşmak zor oldu. Gönüllülük esasına dayanan bir çalışma olduğu için, iletişim zorluğu olan mekanik ventilasyondaki hastalar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan 150 yoğun bakım hastasının yaş ortalaması 57,5±13,46 (min. 18 - maks. 75) yıl olup, %37,3 (n=56)'ü kadın, %91,3 (n=137)'ü evlidir. Hastaların %10,7 (n=16)'si okur-yazar değilken, %43,3 (n=65)'ü ilkökul, %13,3 (n=20)'ü ortaokul, %20,7 (n=31)'si lise ve %12 (n=18)'si üniversite mezunudur. Kronik hastalığı olanlar %70,8 (n=105)'dir.

YBÜÇSÖ'den elde edilen puan ortalaması 73,39±20,11'dir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 42, en yüksek puan ise 136'dır.

GEÇERLİK ANALİZLERİ

Bu çalışmada, YBÜÇSÖ'nün geçerlik analizleri kapsamında; dil geçerliği ve kapsam geçerliği yöntemleri kullanıldı.^{15,16}

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması konusunda öncelikle, ölçeğin revizyonunu yapan Jane Cochran'dan gerekli yazılı izin elektronik posta yolu ile alındı. Ölçek uyarlama çalışmalarında, öncelikle kullanılacak ölçeğin yazarından yazılı izin alınmalıdır.^{15,16}

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini belirlemek amacıyla, araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliği yapıldı. Bir ölçeğin başka bir dile (dillere) çevirilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur.¹⁵ Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda, orijinal dili İngilizce olan ölçeğin dil geçerliği için, Türkçe ve İngilizce'yi çok iyi bilen dört uzman kişi tarafından önce ölçek Türkçe'ye çevrildi. Her madde için en uygun çeviri benimsenerek ölçeğin son şekli oluşturuldu. Elde edilen Türkçe ölçek her iki dili çok iyi bilen başka bir uzman kişi tarafından İngilizce'ye çevrildi. Türkçeden İngilizce'ye çevrilen ölçek ile orijinal ölçek benzerliği bağımsız iki gözlemci tarafından değerlendirildi. Daha sonra İngilizce'ye çevrilen ölçek Cochran'e gönderildi ve görüşleri alındı. Buna göre, ölçeğin, orijinal halinde bulunan 42 maddenin Türkçe versiyonunda da aynı şekilde 42 madde olarak kullanılmasına karar verildi.

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin kapsam/içerik geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşüne başvuruldu. Kapsam geçerliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür.¹⁷ Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin kapsam geçerliği için beş uzman görüşüne başvuruldu. Uzman görüşleri için YBÜÇSÖ'nün her bir maddenin anlam ve anlaşılabilirliğini 1 ile 4 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendi. Uzmanlar tüm ölçek maddelerine 3 ya da 4 puan verdikleri için ölçeğin hiçbir maddesinde değişikliğe gerek duyulmadı. Uzmanların değerlendirme puanları Kendall

W analizi ile değerlendirildiğinde uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall $W= 0,139$; $p= 0,265$) ve uzman değerlendirmeleri arasında uyum olduğu saptandı.

Uzman değerlendirmesinden sonra, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 20 hastaya ölçeğin ön uygulaması yapıldı ve anlaşılmayan bir madde olmadığı belirlendi. Ön uygulama yapılan hastalar çalışma kapsamına alınmadı.

GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Güvenirlilik; değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır. Temelde güvenirlilik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki maddelerin birbirleri ile) olan ilişkisidir.¹⁷ Bu çalışmanın güvenirlilik analizlerinde iç tutarlık analizleri yapıldı ve sınıflararası güvenirlilik için yarıya bölme (split half) yöntemi (Spearman Brown Katsayısı), sınıf içi güvenirlilik için Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Ayrıca madde analizleri için madde-toplam puan katsayıları hesaplandı.^{16,18-20}

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar kısa süreli yattığı için test-tekrar test yöntemi uygun bulunmadı ve sınıflararası güvenirlilik için yarıya bölme yöntemi tercih edildi. Yarıya bölme yönteminde, ölçekte yer alan sorular ikiye ayrıldı ve bu iki parça arasındaki korelasyonlar hesaplandı. İkiye ayırma işleminde, 1-21 arası sorular Grup 1, 22-42 arası sorular Grup 2 olarak kullanıldı. Güvenirlilik katsayısını hesaplamada, her iki yarıdaki maddelerin toplamına ilişkin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı bulundu. Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı Grup 1 için 0,87, Grup 2 için 0,90 bulundu. Sonra Spearman Brown katsayısı yardımıyla testin bütününe ilişkin güvenirlilik katsayısı hesaplandı. Spearman Brown katsayısı 0,91 olup yüksek güvenirliliğe sahiptir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin madde analizi için yapılan madde-toplam puan korelasyonları Tablo 1'de gösterildi.

Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının 0,231 ile 0,750 arasında değiştiği belirlendi. Ölçekteki en düşük korelasyon katsayısına sahip olan 27. maddenin ölçekten çıkarılıp çıkarılmayacağına

TABLO 1: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon analizi sonuçları.

Madde No	Madde toplam puan korelasyonu		Madde çıkarıldığında Cronbach alfa düzeyi
	r	p	
1	0,359	0,000	0,94
2	0,438	0,000	0,94
3	0,504	0,000	0,94
4	0,322	0,000	0,94
5	0,263	0,000	0,94
6	0,634	0,000	0,94
7	0,381	0,000	0,94
8	0,473	0,000	0,94
9	0,617	0,000	0,94
10	0,506	0,000	0,94
11	0,550	0,000	0,94
12	0,531	0,000	0,94
13	0,335	0,000	0,94
14	0,424	0,000	0,94
15	0,672	0,000	0,94
16	0,739	0,000	0,94
17	0,576	0,000	0,94
18	0,573	0,000	0,94
19	0,500	0,000	0,94
20	0,673	0,000	0,94
21	0,253	0,000	0,94
22	0,357	0,000	0,94
23	0,647	0,000	0,94
24	0,311	0,000	0,94
25	0,563	0,000	0,94
26	0,639	0,000	0,94
27	0,231	0,000	0,94
28	0,510	0,000	0,94
29	0,499	0,000	0,94
30	0,594	0,000	0,94
31	0,377	0,000	0,94
32	0,488	0,000	0,94
33	0,560	0,000	0,94
34	0,332	0,000	0,94
35	0,750	0,000	0,94
36	0,676	0,000	0,94
37	0,620	0,000	0,94
38	0,669	0,000	0,94
39	0,602	0,000	0,94
40	0,536	0,000	0,94
41	0,571	0,000	0,94
42	0,675	0,000	0,94

P<0,001.

karar vermek için bu madde ölçekten çıkarılarak yeniden analiz yapıldı. Ölçekten 27. madde çıkarılarak analiz yapıldığında Cronbach alfa güvenirlilik katsayısında bir artış olmadığı belirlendi ve bu nedenle 27. maddenin ölçekte kalmasına karar verildi. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlilik katsayısı olan Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulundu (Tablo 2). Bu bulgu, YBÜÇSÖ'nün yeterli güvenirlilik göstergelerine sahip bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Ballard, Cohran ve Ganong YBÜÇSÖ ile yaptıkları çalışmalarında ise güvenirlilik katsayısı hesaplamalarına rastlanmadı.^{2,3} YBÜÇSÖ'nün (42 maddelik) Çin, Ürdün ve Brezilya'da da geçerlik güvenirlilik çalışmalarının yapılmış olduğu belirlendi. Hweidi, Ürdün'de, YBÜÇSÖ uyarlama çalışmasında Cronbach alfa katsayısını 0,96 olarak saptamıştır.⁵ So ve Chan, Çince uyarlamasını yaptıkları YBÜÇSÖ'nün Cronbach alfa katsayısını 0,97 olarak bildirilmiştir.⁷ Marosti ve Dantas Brezilya'da, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ile yaptıkları çalışmada, ölçeğin Chronbach alfa katsayısını 0,93 olarak bulmuştur.⁸

Çalışma sonuçlarımız, So ve Chan, Marosti ve Dantas ve Hweidi'nin çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir ve Cronbach alfa katsayısı oldukça yüksektir.

Bu çalışmada; İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanması yapılan YBÜÇSÖ'nün ülkemiz için yeterli geçerlik ve güvenirlilik göstergelerine sahip bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Ballard tarafından geliştirilen, Cochran ve Ganong tarafından revize edilen YBÜÇSÖ'nün ülkemizde yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresörleri belirlemek için yapılacak olan çalışmalarda kullanılması ve daha geniş örneklem grupları ile tekrarlı ölçümlerle test edilmesi önerilmektedir.

TABLO 2: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı.

Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı	Ölçekteki soru sayısı
0,94	41
0,94	42

KAYNAKLAR

1. Akkalyoncu B. Yoğun bakım ünitesinde sedasyon. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics* 2010;3(2):39-44.
2. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing* 1981;3(1):89-108.
3. Cochran J, Ganong LH. A comparison of nurses 'and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing* 1989;14(12):1038-43.
4. Cornock MA. Stres and the intensive care patients: Perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27(3): 518-27.
5. Hweidi IM. Jordanian Patients' Perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(1):227-35.
6. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira- Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine* 1999; 25(12):1421-26.
7. So HM, Chan DMK. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41(1):77-84.
8. Marosti CA, Dantas RAS. Assessment of stressors among inpatients of a coronary care unit. *Acta Paulista de Enfermagem* 2006; 19(2):190-5.
9. Hewitt J. Psycho- affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11(5):575-84.
10. Önler E, Yılmaz A. Önler E, Yılmaz A. (2008).Cerrahi Birimlerde Yatan Hastalarda Uyku Kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2008;16(62):114-21.
11. Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri* 2009; 1(1):24-31.
12. Badır A, Aslan FE. Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan bir sorun: Ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2003;7(2):100-8.
13. Pang PSK, Suen LKP. Stressors in the ICU: A comparison of patients "and nurses" perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(20):2681-9.
14. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve Hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 1997; 1(2): 86-90.
15. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2003;4(1):9-14.
16. Şencan H. Güvenirlik analiz metodları. In: Şencan H, editor. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik*. 1. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p. 105-79.
17. Gözüm S. Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 2: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 1:3-14.
18. Süt N. Geçerlik, güvenirlik ve madde analizleri. In: Şenocak MŞ, editor. *Klinik Biyoistatistik*. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. p. 200-4.
19. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 19. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2009. p.148-53.
20. Akgül A. Araştırma tasarımları. In: Akgül A, editor. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ve SPSS Uygulamaları*. 3. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p.41-56.

Yaşam Sonu Bakıma Farklı Dinlerden Bakış

Views from the Different Religions in the End-of-Life Care

Sibel KİPER,^a
Ayşe UÇAK,^b
Figen ALP YILMAZ^c

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
^bKadın Doğum Hemşireliği AD,
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Yozgat

^cIsparta Devlet Hastanesi Ameliyathanesi,
Isparta

Geliş Tarihi/Received: 20.12.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 13.11.2012

*Bu derleme, I. Ulusal Kültürlerarası
Hemşirelik ve Ebelik Kongresi
(15-17 Eylül 2011, İzmir)'nde sözel bildiri olarak
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sibel KİPER
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
hemsiresibel@hotmail.com

ÖZET Farklı dinlerin; hastalık, kayıp, ölme ve ağıt zamanlarında destek sağlayabilecek ve önemli olabilecek inançları, öğretileri ve uygulamaları mevcuttur. Örneğin İslamiyette, maddi dünya sadece bir testtir ve bir sonraki dünyaya giden bir yoldur. Eğer bir hasta komadaysa, yüzünün kibleye doğru çevrilmesi tercih edilir. Kişi öldüğünde gözleri kapanır ve ailesi tarafından dualar okunur. Hristiyanlıkta, hastanın kutsal yağlarla kutsanması, kötülüklerden arınması ve kuvvetlenmesi için yapılmaktadır. Dini törenler güç ve merhamet kaynağıdır. Yahudilikte, kişinin hastalığının iyileştirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda, pek çok haham yaşam destek ünitelerinin, suni hidrasyon ve beslenme ünitelerinin çekilmesine izin verebilir. Ölüme yakinken, hastanın kendisine dua edilir ve Tanrı'dan af dlenir. Hinduizmde, reenkarnasyona olan inanç yaygındır ve bundan dolayı bu durum Hinduların yaşam sonu tercihlerini nasıl yapacaklarını etkilemektedir. Budistlerde meditasyon uygulaması, sağlıklı olmayı ve iyileşmeyi teşvik eder. Budistler, ölümü bir geçiş olarak gördükleri için doğal ölüm sürecini desteklerler. Yaşam sonu dönemde sağlık bakım profesyonelleri; hastanın ve ailesinin dini ve manevi inançlarını dikkate almalı ve hasta ve ailesiyle inançları, ayinleri ve gelenekleri hakkında konuşmalı ve bu uygulamaları 'eğer hasta isterse' klinik bakımla birleştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakımı; İslamiyet; Hristiyanlık; Yahudilik; Hinduizm; Budizm

ABSTRACT Different religions have beliefs, teachings and practices that may be important and provide support during time of illness, loss, dying and grief. For example, in Islam, the earthly world is but a test and a path to the next world. If a patient is in a coma, it is preferred that the patient be turned to face Mecca. When the person dies, the eyes are closed and prayers are said by the family. In Christianity, the Sacrament of the Anointing of the Sick is make for pure and strengthen. The sacrament is a source of grace and strength. In Judaism, when it is clear that one's disease is incurable, most rabbis would permit withholding life-support systems and artificial hydration and nutrition. Close to death, the prayer is said for the patients in which the patient asks for God's forgiveness. Hinduism, belief in reincarnation is prevalent and thus affects how Hindus may make end-of-life choices. In Buddhists, practice of meditation promotes wellness and healing. They see dying as a transition and support the natural dying process. In end of life, as health care professionals, we should think about the religious and spiritual beliefs of the patient and family, talk with the patient and family about their belief, rituals and customs and try to incorporate those practices, if the patient desires, into their clinical care.

Key Words: End-of-life care; Islam; Christianity; Judaism; Hinduism; Buddhism

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2011;15(2):67-71

Geleneksel olarak, toplumun büyük kesimi ve Batı tıp sistemi ölümü sakınılması gereken bir şey olarak algılamakta ve bakıma yapılan vurgu genellikle tedaviye yönelik olmaktadır. Bundan dolayı da,

hasta terminal dönemde olduğunda, prognoz sık sık “yapılacak bir şey yok” şeklinde ifade edilmekteydi. Hastanın acı çekmesine çare olmak ve ağır bir hastalığın neticesinde hastada oluşan sorulara cevap verebilmek için pek az şey yapılabilmekteydi. Ancak, son on yılda ölüm ve beraberinde oluşan acılar hususunda hastaların baş etme yöntemlerinde manevi ve dini inançların önemi vurgulanmaya başlanmış, maneviyat (spiritüalite) ve din kavramları ön plana çıkmaya başlamıştır.¹

Maneviyat (Spiritüalite), bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır, aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgi ve yaşantıların bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir. Spiritüalite, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır. Latince ‘yaşamı hissetmek’ anlamına gelir.² Maneviyatın sağlık literatüründe farklı tanımları vardır. Bunlardan bazıları; manevi bir varoluş, daha yüce bir güç, enerji veya kendinden daha büyük gerçekliği olan Tanrı ile ilişkide olma, inançla ilgili olmayan ama daha yüce hissedilmesini sağlayan bağlılık veya geçiş, maddesel dünyanın anlamlı olmadığı varoluşluk, yaşamdaki anlam ve amacı araştırma, fiziksel olmayan yollarla (dua, meditasyon, dini inançlar gibi) iyileşme, iç huzur ve iyi oluş duygusudur.³

Manevi gereksinimler ise; “Manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir”, “Bireyin üstün güçle/tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir” şeklinde tanımlanmıştır.^{4,5}

Din ise hastalıkta, kayıpta, ölümden ve ölmede bizlere yaşamın amaç ve anlamını bulmamızı, topluluk gücünü tecrübe etmemizi, yaşamın ciddi yönleri ile baş etmemizde yardımcı olan kavramları, ayinleri ve değerleri sağlar.¹ Yaşamı tehdit edici hastalıklar, bireyin dini oryantasyonunu değiştirebilir. Bazı bireyler dini aktivitelere düşkün hale gelirken, bazıları Tanrı’ya öfke duyarak din-den uzaklaşabilirler.⁶

Hastalar ve aileleri kronik hastalık, ölüm ve yaşam sonu süreçle uğraşırken pek çok konu

hakkında (fonksiyonu yeniden kazanma, finansal ihtiyaçlar, bakımın devamında bakım sağlayıcının becerisi, durumla baş etme, aile rollerin değişmesi vs.) aşırı miktarda belirsizlik ortaya çıkar. Hem hasta hem de ailesi açısından umutsuzluk ve çaresizlik zamanları da yaşanabilmektedir. Böyle durumlarda manevi inançlar ve dinler insanların umut ve anlam bulmalarında ve belirsizliğin kabulünde, sosyal destek ve rehberlik elde etmelerinde hasta ve ailesine yardımcı olabilecek inançlar, ayinler ve topluluklar sistemi sağlamaktadır.¹

Bu derlemede, 5 ana dinin özellikleri ve dinlerin ölüm ve ölme sürecindeki hastaların sağlık bakımları üzerindeki etkilerinden söz edilecektir.

1. İslamiyet: İslam, Allah’a yönelmek, teslim olmak ve tevhit inancına bağlanmak anlamına gelmektedir.⁷ İslam sözcüğü *Arapça* “se-le-me” kökünden türemiştir ve anlamı “barış”tır. İslam, “teslimiyet” anlamına gelirken, Müslüman da “teslim olan” anlamına gelir. Kutsal Kitap Kuran-ı Kerim, son peygamberde Hz. Muhammed’dir.⁸

İslamiyette, ölümden sonraki hayata inanma vardır. Maddi dünya sadece bir testtir ve bir sonraki dünyaya giden bir yoldur.¹ İntihar ve doktor yardımıyla intihar İslami yasalara göre yasaktır (yaşam destek ünitelerinin, suni hidrasyon ve beslenme ünitelerinin çekilmesine izin yoktur). Eğer mümkünse aynı cinsiyetten sağlık personelinin hizmet vermesi istenebilir.^{1,9} Diyetinde haram olan yiyeceklerin verilmemesi gerekmektedir. Kan transfüzyonu kabul edilen bir uygulamadır.^{9,10} Organ bağışına ihtiyaç ve zorunluluk hallerinde izin verilmektedir.^{9,11} Kuran-ı Kerim’de, ‘Kim cana kıymamış ya da yeryüzünde bozgunculuk yapmamış bir canı öldürürse, sanki bütün insanları öldürmüş gibidir. Kim de onu yaşatırsa, bütün insanları yaşatmış gibi olur (Maide, 32). şeklinde ifadeler bulunmakta ve insan hayatına verilen önem vurgulanmaktadır. Ülkemizde Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu da 03.03. 1980 tarih ve 396/13 sayılı kararı ile belli şartların bulunması halinde ölüden diriye organ naklinin câiz olduğuna fetva vermiştir. Aynı şekilde Kuveyt Evkaf ve Din İşleri Başkanlığı’na bağlı Fetva Kurulu’nun 24.12.1979 tarih ve 132/79 sayılı, 14.09.1981 tarih ve 87/81 sayılı kararları ile Suudi Arabistan’da faaliyet göster-

ren Dünya İslâm Birliği'ne bağlı Fıkıh Akademisi'nin ve Mısır'daki Ezher Fetva Kurulu'nun kararları ve İslâm Konferansı Teşkilâtı'na bağlı İslâm Fıkıh Akademisi'nin 11.02.1988 tarih ve 4/1 sayılı kararı da bu yönde olup, bu kararda ölüden organ nakli belli şartlarla câiz görülmektedir.¹² Eğer bir hasta komadaysa, yüzünün kibleye doğru çevrilmesi tercih edilir.¹⁰ Ölmeden önce çok sayıda ziyaretçi olabilir.⁹ Sağlık bakım konusunda kritik kararlar genellikle ailenin erkek önderi tarafından alınır. İzni olmaksızın dini aksesuarlar hastanın üzerinden çıkarılmamalıdır.¹ İslamiyette, ölüm öncesinde ve sonrasında okunan dualar bulunmaktadır. Kişi ölürken Kelime-i Şahadet getirir. Öldüğünde ise gözleri kapanır, çenesi sargıyla bağlanır ve ailesi tarafından dualar okunur.^{1,10}

2. Hristiyanlık: Orta Doğu kökenli, tek tanrılı, İbrahimi dinidir. İsa'nın adına atfen **İsevilik**, memleketine atfen **Nasranilik** de denir. Hristiyanlık inancına sahip kişilere **Hristiyan** denilmektedir. 2 milyardan fazla inananı ile dünyanın en yaygın dinidir. Hristiyan sözcüğünün kökeni, mesih kelimesinin Yunanca karşılığı olan Kristos (Χριστός) kelimesine dayanır. **İsa** (d. M.Ö. 15-M.Ö. 11-12 - M.S. 29-M.S. 36), Hıristiyanlıktaki temel figürdür. Hristiyanlığın kutsal kitabı, *Kitabı Mukaddestir*. Kitabı Mukaddes, Eski Ahit ve Yeni Ahit olmak üzere başlıca iki bölümden oluşur. Hıristiyanlıkta mezhepler "kilise" olarak adlandırılırlar. Hristiyanlığın 3 ana mezhebi; Roma Katolik Kilisesi (1.2 milyar kişi), Protestan kiliseler (360 milyon) ve Ortodoks Kilisesi'dir (170 milyon).^{7,13}

Hristiyanların sonsuz hayata inanmış olmalarından dolayı, ölümü bir başka yaşama geçiş ya da intikal olarak görürler. Kutsal Ruh ve İsa sayesinde Tanrı ile olan ilişkileri bu hayat boyunca ve hatta ölümden sonra da devam eder. Sonsuz hayat Tanrı'yla buluşmaktır. Hristiyanlıkta, iyileşmenin kişinin İsa ile olan ilişkisi aracılığıyla elde edilebileceğine inanılır. Dolayısıyla dua ile Tanrı'ya yönelmek gerekmektedir.¹ Dua, Hristiyanların en çok önem verdikleri ibadettir. Kutsala yönelik hamd, şükür, rica, dilek ve yakarış olan dua, Hristiyanlar için kişiyi hoşnut eden bir eylem olarak görülmektedir.⁷ Ölümünden önce, dua ayinleri yapılır. Dini törenler güç ve merhamet kaynağıdır. Ağır

hasta ya da ölmekte olan kişinin kutsal yağlarla yağlanması sonucu kötülüklerden arınacağına ve güçleneceğine inanılmaktadır.¹ Hastayı yağlamak, Roma Katoliklerince ölümü kaçınılmaz olan hastalara uygulanmaktadır. Doğu Ortodokslarında ise, yağlamak hastayı rahatlatmanın ve iyileştirmenin gerekli olduğu her durumda uygulanmaktadır.⁷ Yaşamı korumak için sıradan yöntemlerin (dua okuma, fiziksel konfor, güvenlik, ağrı kontrolü, dokunma, empatik iletişim vs.) kullanılmasını gerektiren bir ahlaki zorunluluk vardır. Ancak, yaşamın korunmasını sağlayan sıra dışı yöntemler (resüsitasyon, beslenme tüpleri vs.) makul bir yarar sağlamıyorsa ya da aşırı bir yük yüklüyorsa ya da aile ve topluluk üzerine aşırı bir masraf çıkarıyorsa, bu sıra dışı yöntemlerden de vazgeçilebilir. Diyetle yiyecek ya da içeceklerle ilgili bir yasak yoktur ancak bazı Hristiyanlar vejeteryan oldukları için bireylerin tercihlerine dikkat edilmelidir (9). Katolik öğretilerde ötenaziye ve yardımcı intihara izin yoktur. Ağrıyı tedavi eden ilaçlara, ölümü hızlandırmadığı müddetçe izin vardır. Organ nakline izin vardır ama hastanın ve ailenin kararına bağlıdır.^{1,14}

3. Yahudilik (Musevilik): **Musevilik** ya da **Yahudilik** (Arapça *yahūdī* Yehud kavmi ve dini; İbranice *yəhūdī*) ilk olarak İbranilerin Kutsal Kitabı (Tanah) ile gelen, ardından da Talmud'da ve diğer kutsal metinlerde daha da kapsamlı bir şekilde incelenip yorumlanan inanç ve uygulamalar bütününe verilen addır. Musevilik, İsrailoğulları (daha sonra da Yahudi ulusu) ile Tanrı arasındaki akde dayalı ilişki şeklinde kendini gösterir. İlk tek tanrılı din ya da dinlerden biri olarak kabul edilmekte ve hâlen günümüzde uygulanan en eski dini gelenekler arasında yer almaktadır.^{7,15}

Yahudilikte, insan bedeni Tanrı tarafından yaratılmış bir varlıktır ve ömür boyu bakılması gereken bir emanettir. Hastaların dini yorumlarına dikkat ve saygı gösterilmesi gerekmektedir. Bazı hastalar dini uygulamalara katı bir şekilde bağlı olabilir bazıları da olmayabilir. Bazı Yahudiler açısından Şabbat (Yahudilikte tamamen ibadet ile geçirilen, Tanrı'ya adanan dinlenme günü, Cuma akşamından cumartesi akşamına kadar geçen süre) esnasında lambaların açılıp kapanmasına izin veril-

mez. Hasta ziyareti önemli bir dini görev ve hastanın iyileşmesine ve huzur bulmasına etki eden bir etmendir.¹ Diyet kısıtlamalarına uyulmalıdır.^{1,9,16} Ölüm aceleyle getirilmemeli ne de engellenmelidir. Dolayısıyla aktif ötenazi yasaktır ancak geçici bakım ve doğal ölüme olanak tanıma mümkündür. Kişinin hastalığının iyileştirilemez olduğu kesinleştiğinde pek çok haham yaşam destek ünitesinin, suni hidrasyon ve beslenme ünitelerinin çekilmesine izin verebilir.^{1,16,17} Ortodoks Yahudileri organ nakline karşı olmasına karşın,¹ diğerleri insan yaşamını kurtardığına inandığı için onaylamaktadır.^{16,17} Kan transfüzyonu ile ağrıyı kontrol etmek için yapılan uygulamalar kabul edilebilmektedir.^{9,16,17} Erkek sağlık personelinin Ortodoks dinine sahip kadınlara dokunmasına izin verilmeyebilir. Vücudun temizliği Tanrı'nın yarattığını onurlandırmanın önemli bir delaletidir. Ölü beden bütün bedenlerin en kirlisi olarak düşünülür. Af kazanılan bir şeydir. Ölüme yakinken, dua okunur ve Tanrı'dan af dilenir.^{1,16} Ölümün yaklaştığına kanaat getiren hasta, bir bakıma Kelime-i Şehadet olan ' Dinle İsrail! Rabbimiz Tanrı, bir olan Tanrı'dır.' cümlesini söylemeye çalışır. Hastanın yanında bulunanlar, günah itirafında bulunmasına yardım ederler. Ölümü, ebedi mutluluğa ulaşmanın yolu olarak gören Yahudilik, bununla birlikte ölünün ardından üzülme ve onun için yas tutmayı meşru kılmış ve hatta yas tutmanın kurallarını da belirlemiştir.⁷ Ölü yakmaya ise genelde izin verilmez. Bedeni parçalamak, tanrı tarafından yaratılanı mahvetme ile eşdeğerdir.¹

4. Hinduizm: Çok kapsamlı ve geniş bir dindir. Özellikle Hindistan, Nepal ve Bangladeş'te yaygındır. Günümüzde yaklaşık 900 milyon inananıyla (mensubuyla) Hristiyanlık ve İslam'dan sonra en büyük üçüncü dindir. Kökeni, ismini de aldığı gibi, Hindistan'a dayanır. Bu dine mensup kişilere "Hindu" denir. Bu Hindu'lar dinlerini bir yaşam tarzı olarak benimserler. Hinduizmin en eski ve kutsal kitapları (yazıları) "Kutsal Vedalar"dır.^{7,18}

Hinduizmde; Reenkarnasyona olan inanç yaygındır ve bundan dolayı Hindu'ların yaşam sonu tercihlerini nasıl yapacaklarını etkilemektedir. Yaşamın korunması ve ölümün doğal olması yaklaşımı vardır.^{1,19} Meditasyon ve yoga uygulamaları

bulunmaktadır. Bu uygulamaların ruhun temizlenmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.¹ Samskara denilen dinsel törenleri bulunmaktadır. Ana amacı, hayatın her bir dönemini kutsamak, bireyi zararlı etkilerden korumak ve onun bahtını açmaktır.⁷ Sağlık çalışanları hastanın gıda ve beslenme ihtiyaçlarına duyarlı olmalıdır. Yumurta dahil tüm hayvansal ürünler yasaktır. Sık kullanılan ilaçların sığır maddesi içermesi durumunda ya da heparin uygulanmasında hastalardan izin alınması gerekmektedir. Bakım verirken aynı cinsiyetten sağlık personelinin hizmet vermesi istenebilir. Semptomların kontrolünde ilaçlar kullanılabilir ama aşırı kullanımı bilinç durumunda yavaşlamaya neden olduğu için sakınılmalıdır.¹⁹ Yasalarla ilgili bir durum söz konusu değilse otopsiye aile ve ölüye saygısızlık olduğu düşünülerek izin verilmez.⁹ İntihar, bireylerin doğal olmayan bir yöntemle ölmeleri nedeniyle yeniden dünyaya gelmesinde problem oluşturacağı için tercih edilmemektedir. Otopsi çok gerekli olmadıkça sakınılmalıdır. Ailenin görüşlerine bağlı olarak, kalp, karaciğer, böbrek ya da başka bir organ bağışı caiz olabilir.¹⁹ Cenaze törenleri, ruhun cesetten ayrılarak bu dünyayı terk etmesini ve atalar diyarına(cennete) ulaşmasını temin etmek; hayalet dönüşerek dünyadaki yakınlarına zarar vermesini engellemek ve ölüm olayıyla birlikte ortaya çıkan ve cenaze sahiplerine zarar vermesi kaçınılmaz olan manevi kirlenmeyi gidermek amacıyla yapılır. Cenazeler genelde odun ateşinde yakılır. Cenazeye katılanlara tatlı ikram edilir. Bu ikramların amacı da, bedenden ayrılan ruhun yeni bir ruhsal bedene girmesine yardımcı olmaktır. Gerek yakma eyleminin gerekse sonraki ikramların ölenin oğlu ya da bir erkek akrabası tarafından eksiksiz gerçekleştirilmesi, ölenin iyi bir durumda yeniden bedenleşmesinin garantisi sayılır. Bundan dolayı Hindistan'da erkek bir evlada sahip olmak, hem dünyevi hayat hem de ölüm sonrası için büyük önem arz etmektedir. Kutsal sayılan Ganj nehri de, son derece güçlü dişi bir varlık olarak kabul edilmekte ve onun sularının temizleyici olduğuna inanılmaktadır.⁷

5. Budizm: Bugün dünya üzerinde yaklaşık 500 milyon takipçisi bulunan din ya da öğretiler topluluğudur. İlk önce Hindistan'da ortaya çıkmış, daha

sonra zaman içinde Güney, Güneydoğu ve Doğu Asya'da (Sri Lanka, Moğolistan, Kore, Japonya, Tibet, Çin, Tayland ve Nepal gibi ülkelerde) yayılmıştır. Farklı bakış açılarına göre din veya felsefe olarak tanımlanan Budizmin hedefi, hayattaki acı, ızdırap ve tatminsizliğin kaynaklarını açıklamak ve bunları gidermenin yollarını göstermektir. Budizm'de öğretilerin ana çatısını, meditasyon gibi içe bakış yöntemleri, reenkarnasyon denilen doğum-ölüm döngüsünün tekrarı ve karma denilen neden-sonuç zinciri gibi kavramlar oluşturmaktadır.^{7,20}

Meditasyon uygulaması; sağlıklılığı ve iyileşmeyi teşvik eder. Yaşayan herhangi bir varlığın yaşamını alma veya ona zarar verme Budizm'in ilk kuralına aykırıdır. Pek çok kişi reenkarnasyona inanır ve bu kişiler ölümü bir geçiş olarak görürler. Aktif ötenaziye genellikle karşıdırlar. Doğal ölme sürecini desteklerler.^{1,21} Budistler, acı çekmenin hayatın bir parçası olduğuna inanmalarına karşın, mümkün olduğunda acıyı dindirmek için sedasyonu ya da analjezikleri tercih etmektedirler.²¹ Organ transplantasyonu ve kan transfüzyonu konusunda da dini açıdan fikir ayrılıkları bulunmaktadır.^{1,9} Sağlık bakım profesyonellerinin aynı cinsiyetten olması gerekmektedir.⁹ Yaşam sonuna gelmiş bir kişinin

aile üyeleri ve arkadaşları sık sık bireyi ziyaret eder.^{9,21} Bu ziyaret bir rahip ya da rahibe tarafından da gerçekleştirilebilir. Budistlerin geneli vejeteriyandır, tüm hayvansal ürünler yasaklanmıştır ancak fix bir diyet yoktur. Ölümden sonra ruhun vücutta birkaç saat kaldığına ve dokunulmaması gerektiğine inanılır. Mahayana Budistleri 8 saate kadar beklenmesini tercih ederlerken, Tibetli Budistler üç gün beklenmesini tercih ederler.⁹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı dinlerin; hastalık, kayıp, ölme ve ağıt zamanlarında destek sağlayabilecek ve önemli olabilecek inançları, öğretileri ve uygulamaları mevcuttur. Eğer din insanların yaşamlarını ve hastalıklarını anlama şekli ise, sağlık profesyonellerinin dinin hastalar açısından neden ve ne şekilde anlamlı olduğunu dikkate alması gerekir.

Dolayısıyla sağlık bakım profesyonelleri olarak, hastanın ve ailenin dini ve manevi inançlarını dikkate almalı, hasta ve ailesiyle inançları, ayinleri ve gelenekleri hakkında konuşmalı ve bu uygulamaları -eğer hasta isterse- klinik bakımla birleştirmeliyiz.

KAYNAKLAR

- Puchalski C, O'Donnell E. Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 2005;9:114-21.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8(1): 47-50.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(1):73-8.
- Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;8(1):37-45.
- Sağlık Kurtuluş S. http://manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_sosyal_hizmetler/makale_05.asp. Maneviyat Ekseninde Bakım ve Manevi Sosyal Hizmetler. Erişim Tarihi: 22.12.2011.
- Cimete G. Yaşam Sonu Bakım 'Ölümçül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım'. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2002.
- Görmez M. Yaşayan Dünya Dinleri. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları. Ankara. 2007: 21.
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0slam> İslam. Erişim Tarihi: 19.03.2011
- http://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/8MCRS_hlth_relgn.pdf Multicultural Clinical Support Resource Helath&Religion. Erişim Tarihi: 05.06.2011.
- Gulam FL. Care of the Muslim Patient. *ADF Health* 2003; 4:81-3.
- Rady M, Verheijde J, Ali M. Islam and End-of-Life Practices in Organ Donation for Transplantation: New Questions and Serious Sociocultural Consequences. *HEC Forum* 2009;21(2):175-205.
- http://www.diyenet.gov.tr/turkish/basiliyayin/web_kitap.asp?id=898&gid=36 İlmihal II İslam ve Toplum. Diyanet İşleri Başkanlığı. Erişim Tarihi: 02.12.2011.
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/H%C4%B1ristiyanlık> Hristiyanlık. Erişim Tarihi: 19.03.2011.
- United States Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. 5th ed. (Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops); 2009.
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/Musevilik> Musevilik. Erişim Tarihi: 19.03.2011
- Dorff E. End-of-life: Jewish perspectives. *Viewpoint. Lancet* 2005; 366:862-5.
- Loike et al. The Critical Role of Religion: Caring for the Dying Patient from an Orthodox Jewish Perspective. *Journal of Palliative Medicine*. 2010; 13(10): 1267-71.
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/Hinduizm> Hinduizm. Erişim Tarihi: 19.03.2011
- Thrane S. Hindu End of Life: Death, Dying, Suffering and Karma. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2010;12(6): 337-42..
- <http://tr.wikipedia.org/wiki/Budizm> Budizm. Erişim Tarihi: 19.03.2011
- Smith-Stoner M. End-of-Life Needs of Patients Who Practice Tibetan Buddhism. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2005; 7(4): 228-33.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Uygulamaları ile ilgili Hatalar ve Çözüm Önerileri

Common Medication Errors in Neonatal Intensive Care Units and Solution Proposals

Sevil İNAL,^a
Melahat AKGÜN KOSTAK^b

^aEbelik Bölümü,
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
^bHemşirelik Bölümü,
Trakya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne

Geliş Tarihi/Received: 03.04.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 16.12.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevil İNAL
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
inalsevil@gmail.com

ÖZET Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) ilaç uygulamaları ile ilgili hatalar yaygın olarak meydana gelmektedir. Erişkinlerde ve pediatrik hastada hataları azaltmaya yönelik çeşitli stratejiler tanımlanmış olsa da YYBÜ’de etkilerini ortaya koyan çok az sayıda çalışma mevcuttur. Yenidoğan ünitelerinde ilaçların uygulanma süreci daha karmaşıktır ve hatalar, ilacın order edilme, dağıtılma ya da uygulama aşamasından herhangi birinde meydana gelebilir. Yenidoğanlarda genellikle hızla değişebilen vücut ağırlığı ve vücut yüzey alanına göre ilaç dozlarının hesaplanması hata riskini arttırabilmektedir. Doz hataları, YYBÜ’de ilaç uygulama hatalarının en yaygın tipidir. Bu durumu etkileyen faktörler arasında sağlık profesyonellerinin hesaplama becerisi ve ilaçların yenidoğana özgü formülasyonlarının olmaması sayılabilir Doz hesaplama hatalarını azaltmak için eğitim programları bilgisayar yazılımları ve renkli-kodlama sistemleri gibi strateji ve çözümler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç uygulama hataları; yenidoğan yoğun bakım ünitesi; yenidoğan hemşireliği

ABSTRACT Medication errors are common in the neonatal intensive care unit (NICU). Various strategies to reduce errors have been described in adult and paediatric patients but there are few published data on their effect in the NICU. Process of medication administration in NICU is more complex, and errors may occur at any stage during prescribing, dispensing or administration. Neonatal doses are usually based on body weight or body surface area, which can change rapidly may increase the medication errors. Dose errors are the most common type of medication errors in NICU. A number of contributory and causative factors have been identified, including calculation skills of healthcare professionals and lack of availability of suitable formulations. Some strategies and solutions have been employed to minimise the incidence of dose errors, such as educational programmes, computer software and colour-coded systems.

Key Words: Medication error; neonatal intensive care unit; neonatal nursing

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2011;15(2):72-6

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ), ilaçların çok küçük dozlarda uygulanması, yenidoğanın çok hassas bir yapıya sahip olması ve çalışma ortamının karmaşık olması gibi nedenlerle, ilaç uygulama hatalarını önlemeye yönelik prosedürler, koruma önlemleri ve stratejiler çok büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan hemşireleri tedaviden maksimum yarar sağlamayı hedeflerken, tedavinin zararlı etkilerinden de yenidoğani koruyabilmelidir.^{1,2}

YYBÜ ekibi ilaç uygulama hataları ile ilgili diğer hastane ekibine kıyasla daha deneyimli olsa da³ YYBÜ’ne özgü çalışma ortamı hata riskini arttırır-

maktadır.⁴ Yenidoğan ünitelerindeki ilaç uygulama hatalarının sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, gönüllü raporlama sistemi ve retrospektif değerlendirme yöntemleri kullanılarak yapılan araştırmalar, YYBÜ'de ilaç uygulama hatalarının yaygın olduğunu göstermektedir.⁵ Yapılan bir çalışmada ilaç uygulamalarından kaynaklanan hataların YYBÜ'de 8 kat fazla görüldüğü, bildirilmektedir.⁶

Yenidoğan ünitelerinde hata meydana geldiğinde zarar verme potansiyeli çok daha fazladır. Bu nedenle, yenidoğan ünitelerinde tedavilerin güvenli yapılması için etkin önlemler alınmalıdır. Miadında doğmuş bebeklerle kıyaslandığında (%3) ilaç uygulama hataları 24-27 haftalık bebeklerde (%57) daha sık görülmektedir.⁵ Yenidoğanın hassas yapısı, yenidoğana uygulanan tedavilerin karmaşıklığı, YYBÜ'de hazırlama ve uygulama sırasında karşılaşılan risklerin fazla olması bunda etkili olmaktadır.

YYBÜ'de hem çalışanlardan, hem de çalışma ortamından kaynaklanan pek çok risk bulunmaktadır. Elli dört YYBÜ'de gerçekleştirilen prospektif bir çalışmada, hataların en sık ilaç uygulamalarından kaynaklandığı (%47), %2'sinin ciddi zarar, %25'inin ise minör zararlarla sonuçlandığı gösterilmiştir.⁷ İlaç uygulamalarındaki hata nedenleri incelendiğinde; %47'sinin protokollere uymadaki yetersizlik, %27'sinin dikkatsizlik, %22'sinin iletişim problemleri, %13'ünün dokümantasyon ve kayıt hataları, %12'sinin dikkatin dağılması, %10'unun deneyimsizliği, %10'unun etiketleme hataları ve %9'unun ise ekip çalışmasının yetersizliği nedeniyle meydana geldiği vurgulanmaktadır.⁸ Bir başka çalışmada, yenidoğana zarar verme potansiyeli olan hataların %13,3'ünün ilaç ve enteral beslenme kaynaklı olduğu gösterilmiştir.⁹ Görünüşü benzer ilaçlar ya da, söylenişi benzer ilaç adları, personelin eğitim eksikliği, personel sayısını azaltma gibi maliyet düşürücü girişimler¹⁰ ilaç uygulama hatalarının artmasında etkili olan diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yenidoğan maturasyonundaki değişiklikler nedeniyle, ilaç duyarlılığı değişebilmektedir. İlaçlar genellikle yenidoğanın ağırlığına göre hesaplandığı için her dozun yenidoğan tartısındaki değişiklikler göz önünde bulundurularak yeniden hesaplanması

gerekmektedir. YYBÜ'deki yenidoğanların genellikle uzun süreli hastane yatışlarının olması, uzun süreli tedaviye maruz kalmaları ilaç uygulama hatası riskini arttıran diğer faktörlerdir.¹⁻⁵

Kimliğin belirlenmesine ilişkin hatalar YYBÜ'de daha sık görülmektedir. Simpson ve ark.¹¹ tarafından yapılan bir çalışmada, total hataların %11'inin, ciddi hataların %25'inin kimlik belirlemeye ilişkin hatalardan kaynaklandığı bildirilmektedir. YYBÜ'de çoğul gebelik kardeşlerinin olması, aynı isim ya da soy isimdeki bebeklerin varlığı, yenidoğanların kol bantlarının çıkma olasılığının fazla olması, bebeklerin yaş, büyüklük ve görünümünün birbirine benzer olması, yenidoğanın sözel olarak kendini ifade edememesi ve hasta tanımlama sistemine aktif olarak katılamaması gibi nedenler kimlik belirlemeye ilişkin hata riskini daha da arttırmaktadır.¹² Bu nedenle ünitelerin güvenli kimlik belirlemeye ilişkin sistemler ve stratejiler geliştirmesi gereklidir.

İlaç tedavisinin yaygın olarak kullanılması ilaç uygulama hatası riskini arttıran bir başka neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ilaçlar genellikle etiketsiz ve lisanssız formlarda bulunmaktadır. Yenidoğanlarda yaygın olarak kullanılan ilaçlarla gerçekleştirilen çalışmalarda, doz, beklenen yan etki ile ilgili bilgilerin ya yetersiz ya da eksik olduğunu göstermiştir.¹¹ Sıklıkla ilaçların erişkin formlarda olması, uygulanmadan önce, karmaşık bir doz hesaplama, sulandırma, seyreltme ve hazırlık aşamasını gerektirmesi hata riskini daha da arttırmaktadır. Bu riskleri azaltmaya yönelik çeşitli kuruluşlar, çeşitli protokol ve prosedürler geliştirme çalışmalarını sürdürmektedir. 2008 yılında Institute of Safe Medication Practices (ISMP) yüksek riskli ilaçların listesini yayınlamıştır.¹³ Stavroudis ve ark.¹⁴ yaptıkları bir çalışmada bu ilaçların yenidoğanlar için de bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. ISMP ve Vermont Oxford Network (VON) neonatal ilaç enfüzyonlarının standart listesini yayınlamıştır.¹⁵ WHO 2010'da sağlık çalışanlarına ilaç uygulamaları ile ilgili en iyi ve kapsamlı bilgileri vermek için Model Formulary for Children raporu¹⁶ yayınlamıştır. Yenidoğan hemşiresi bu güncel bilgilere sahip olmalı ve çalıştığı birimde hatayı azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır.

YYBÜ yüksek riskli çevre özelliği göstermektedir. Karmaşık ve yüksek sirkülasyondaki YYBÜ'ün hata riskini arttırdığı bilinmektedir. YYBÜ'de yenidoğanın durumu çok sık değişmesi, iş akışındaki beklenmedik değişiklikler YYBÜ'de ilaç uygulamalarından kaynaklanan hataları daha da arttırmaktadır. Bu nedenle, ilaç uygulamalarından kaynaklı hatalarını azaltmak için daha fazla dikkat ve özen gerekmektedir.¹⁷

YYBÜ'de ilaç uygulamaları ile ilgili hatalar, ilaçların reçete edilmesi, dağıtımı, ilaçların kaydedilmesi ve bilginin aktarılması, hazırlanması ve uygulanması gibi ilaç uygulamalarının her aşamasında meydana gelebilmektedir. Bazı çalışmalar sıklıkla tedavi uygulama aşamasında hataların meydana geldiğini ve doz pompası ayarlama hatalarının ilk sıralarda yer aldığını göstermektedir.^{18,19} Bazı çalışmalarda ise, doza bağlı hataların en yaygın olarak, doktorun ilaç istemini iletmesi sırasında ortaya çıktığı belirtilmektedir.^{6,11,20} Sağlık çalışanları, hata riskini arttıran nedenler arasında, artmış iş yükü, aydınlatmanın yetersiz olması, dikkatin dağılması, işlemler sırasında bölünmenin hata riskini arttıran nedenler olduğunu bildirmektedir. Çok sayıda çalışmada, tedavi sırasında bölünme ve dikkatin dağılmasının hata riskini arttırdığı gösterilmiştir.²¹⁻²³ Dikkatin dağılmasını ve bölünmeyi önlemeye yönelik önlemler ilaç uygulama hatalarını azaltmada önemli bir adım olabilir. Örneğin tedavi hazırlığı için üniteye ayrı bir odanın olmasının sağlanması, tedavi hazırlığı sırasında hemşirenin bölünmesini önleyici tedbirler alınması önerilebilir.

Institution for Safe Medication Practice 10 kat ve 100 kat hata potansiyeli taşıyan ilaçların listesini yayınlamıştır.¹⁵ Chappell ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada,²⁴ YYBÜ'de kullanılan ilaçların %31'inin 10 kat fazla doz riski, %4,8'inin 100 kat fazla doz riski taşıdığı gösterilmiştir. İlaç ismi ve dozu ile, ilaç dozu ve birimi arasında yeterli boşluk bırakılmaması, standart olmayan kısaltmaların kullanılması hata riskini arttıran diğer genel risk faktörleri arasında sayılabilir. Ondalıklarda "." dan sonra "0" kullanılması veya "." dan önce "0" kullanılmaması en sık hataya neden olan durumlar arasında sayılabilir.⁹

İlaç uygulama hatalarını önlemede en temel yaklaşım, doğru ilaç, doğru hasta, doğru zaman, doğru doz, doğru yol, doğru etki, doğru form, doğru kayıt olarak özetlenebilecek 8 doğru ilkesine uyulmasıdır. Kaydetme ve bilgi aktarma hatalarından doğabilecek zararları önlemek için; tercihen bilgisayar ortamında kayıt yapılması, mümkün olduğunca kısaltmalardan kaçınılması, el yazısının okunaklı olmasının sağlanması, çoklu dosya kaydından kaçınılması, ilaç konsantrasyonlarının standartlara uygun hazırlanması önerilebilir. Bunun yanı sıra, ilaç adı, dozu ve birimi arasında yeterli boşluk bırakılması, ondalık sayılarda, "."dan önceki "0"ın mutlaka yazılması, ve "."dan sonraki "0"ın yazılmaması, alınabilecek diğer bir önlemdir. Joint Commission sıklıkla hataya neden olan kısaltmaların bir listesini yayınlamıştır.²⁵ Örneğin "ünite" nin "U" şeklinde kısaltılmasının yanlışlıkla "0" yada "4" olarak algılanmasına, IU kısaltmasının, IV yada 10 gibi anlaşılmasına neden olabileceği belirtilmekte, bu tür ifadelerin açıkça yazılması gerektiği vurgulanmaktadır.⁹

Hataları önlemede YYBÜ ekibinin her aşamayı izlemesi ve yetersizlikleri ortaya çıkararak bu yetersizliklerin giderilmesine yönelik girişimleri önem kazanmaktadır. İlaç uygulamalarında zarar verici olaylara sistematik yaklaşım "İsviçre Peyniri Modeli" olarak tanımlanmaktadır.²⁶ Bu modelde amaç sistemin her bir aşamasındaki yetmezliklerin belirlenip gidermeye yönelik önlemler almaktır. Hataları önleme stratejilerinde; raporlama sisteminin geliştirilmesi, hataların gözden geçirilmesi, sistemin zayıf yönlerinin belirlenmesi, sistemin zayıf yönlerinin güçlendirilmesine yönelik politika ve prosedürler geliştirilmesi ve personele üniteye sıklıkla görülen hatalar ve önleme yönelik girişimlerle ilgili geri bildirimlerde bulunulması sayılabilir.

YYBÜ'de eleman sayısının üniteye uygun olmasının sağlanması, üniteye nitelikli eleman çalıştırılması, sık eleman değişikliğinden kaçınılması, belirsiz kötü yazılmış reçetenin kabul edilmemesi, tüm majör hataların nedenlerinin araştırılması ilaç hatalarını önlemeye yönelik alınabilecek diğer önlemlerdir.

Yüksek riskli ilaçlar için maksimum tedbir alınmalıdır. Konsantre elektrolit çözeltileri, IV an-

tikoagülanlar, insülin, narkotikler, kardiyovasküler ilaçlar gibi yüksek riskli ilaçlarda çift kontrol uygulanması ve üzerine farklı renkte uyarı etiketi yapıştırılması ilaçların uygulanması aşamasında karşılaşılabilecek hataları azaltmaya yönelik alınabilecek tedbirler arasında sayılabilir. Adı benzer, ambalajı benzer ilaçlar, aynı ilacın farklı dozları, aynı ilacın farklı uygulama formları gerekli uyarı etiketleri ile ayrı raflarda saklanmalıdır. Üniteye görünüşü ve okunuşu benzer ilaçların listesi bulunmalıdır. Acil durumlar dışında sözel istem alınmamalıdır; sözel istem alınmasına yönelik üniteye belirlenmiş standartlar olmalı ve bu standartlara uyulmalıdır. Sözel order sırasında, doktorun ve hastanın ismi, doktor istemi kaydedilmeli, hastanın ismi doktor istemi okunup doğrulanmalı, anlaşılmayan ifadeler kodlanmalı ve doğrulanmalı, istem en geç 8 saat içinde imzalatılmalıdır.^{15,27,28}

İlaçların saklama koşullarına mutlaka uyulmalıdır. Üniteye özel saklama koşulları olan ilaçların bir listesi olmalıdır. Enfeksiyon kontrol komitesinin önerisine göre; sulandırılmış IV ilaçlar maksimum 24 saat bekletilebilir. Prospektüsünde daha fazla saklanabileceği belirtilen ilaçlar için bile bu kural geçerlidir. Oral ilaçlar için prospektüste yazan süreye uyulmalı, ilaçların üzerine ilk açılış ve atılma tarihi not edilmeli, oral ilaçta belirtilen bir süre yoksa maksimum 30 gün sonra atılmalıdır. Yenidoğan ünitelerinde ilaçlar genellikle seyreltilerek kullanılır. Seyreltme sırasında, uygun hacimde enjektör kullanılmalı, ilaçların kuru toz hacmi, iğne, enjektör ve set içinde kalan ilaç hesaba katılmalıdır.^{9,28}

İlaçların uygulaması sırasında da belirli ilkelere dikkat edilmelidir. İlaçların büyük bir kısmı SF veya %5-10 dextroz ile uyumludur. Ancak her ilacın uyumluluğu mutlaka değerlendirilmelidir. İlaçlar, Dextroz veya Serum Fizyolojik (SF) solüsyonunun gittiği yoldan yavaş verilmeli, kan ve kan ürünleri ya da TPN, lipid süspansiyonları ile karıştırılmamalı, tercihen farklı saatlerde verilmeli, aynı saatte uygulananların karışmaması sağlanmalı, ilaç verildikten sonra 2 ml SF ile yıkanmalı, infüzyon hızı arttırılmamalıdır. Gastrik yolla ilaç uygulamaları; tüpün içinde ilaç kalmamasına dikkat edilmeli, ilaçtan sonra tüpün içinden bir miktar su geçirilmeli, zorunlu olmadıkça tabletler kırılarak,

kapsüller açılarak ve değişik sıvılara karıştırılarak verilmemelidir. Çünkü bu yolla ilaçlar tam doz verilemeyebilir ve biyoyararlanımı ve mikrobiyal stabilitesi değişebilir.^{9,11,27,28}

Anne sütünün ya da oral besinin IV verilmesi YYBÜ'deki en zarar verici risklerden biridir. Hataları önlemek için; IV girişler enteral uygulama enjektörünün takılmasına uygun olmaması, oral ve paranteral ilaç uygulama saatlerinin farklı olması ve enteral ve paranteral uygulama yapılan enjektörlerin farklı görünümde olması önerilmektedir. Ancak bu sistemlerin YYBÜ'nde kullanımının yaygın olmaması ve maliyetli olması kullanılabilirliğini sınırlandırmaktadır.^{1,9,11,27,28}

Yenidoğanlarda Stratum Corneum tabakasının maturasyonunu tamamlanmamış olması nedeniyle ciltten emilim fazladır. Bu nedenle topikal ilaçların geniş yüzeylere uygulanması toksik etki yaratabilir. Özellikle; Hexachlorophene, Kortikosteroidler, Lokal anestetikler, SLS, SLES, Sorbitol içeren cilt bakım ürünleri yenidoğan cildi için toksik olabilir. Bu ürünlerin yenidoğan cildinde özellikle geniş alanlarda kullanılmasından kaçınılmalıdır.^{1,27} Yenidoğanda IM uygulama için en uygun bölge Vastus Lateralistir. Absorpsiyonun zayıf ve düzensiz olduğu unutulmamalı ve kanama diyatezi varsa IM enjeksiyondan kaçınılmalıdır.^{1,9}

Çalışmalar YYBÜ'de meydana gelen hataların büyük bir kısmının önlenemez olduğunu göstermektedir.^{3,27-29} Literatürde önleyici stratejilerin etkinliğini karşılaştıran çok az çalışma mevcuttur. Önlemeye yönelik metodlarda; bilgisayar odaklı hekim order giriş sistemi gibi sistem değişikliklerinin etkin olduğu bildirilmektedir.^{6,30-32} Ayrıca klinik eczacının order'ı kontrol etmesinin hata riskini azaltabileceği, prosedürün standardize edilmesi ve güvenlik kültürünün geliştirilmesinin ilaç uygulamalarından kaynaklı hataları azaltabileceği bildirilmiştir.¹¹

Sonuç olarak YYBÜ'de ilaç uygulama hatalarının sık görülmesi ve ciddi olumsuz sonuçlar doğurması nedeniyle; ilaç isteminin yapılması, reçete edilmesi, dağıtımı ve uygulanması aşamasında yenidoğan hemşireleri maksimum özeni göstermelidir.

KAYNAKLAR

1. Zenk KE, Sills JH, Koepfel RM. Neonatal Medications and Nutrition: A Comprehensive Guide. 3rd ed. Santa Rosa, CA: NICU Ink; 2003.
2. Wong LY, Cranswick NE. Minimising medication errors in children. Archives of Disease in Childhood 2009;94(2), 161-4.
3. Sharek, P J, Horbar JD, Mason W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: Development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. Pediatrics 2006;118:1332-40.
4. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R. Effect of reducing interns work hours on serious medical errors in intensive care units. The New England Journal of Medicine 2004;351(18):1838-48.
5. Kugelman A, Sanado EI, Shinwell ES, Imad R, Makhoul IR, Leshem M, et al. Iatrogenesis in Neonatal Intensive Care Units: Observational and Interventional, Prospective, Multicenter Study, Pediatrics 2008;122(3):550-5.
6. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. Journal of the American Medical Association 2001;285(16):2114-20.
7. Samra HA, McGrath JM, Rollins W. Patient Safety in the NICU: A Comprehensive Review, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2011;25(2):123-32.
8. Suresh G, Horbar JD, Plsek P, Gray J, Edwards WH, Shiono PH, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. Pediatrics 2004;113(6):1609-18.
9. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients, Pediatrics 2003;111(4):722-9.
10. Handyside J, Suresh G. Human factors and quality improvement. Clin Perinatol 2010;37:123-40
11. Simpson JH, Lynch R, Grant J, & Alroomi L. Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Ed 2004;89(6), F480-2.
12. Gray J E, Suresh G, Ursprung R, Edwards W H, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: Quantification of risk. Pediatrics 2006; 117(1):e43-7.
13. ISMP's List of High-Alert Medications. <http://www.ismp.org/Tools/highAlertMedications.asp>. Erişim mart 2012.
14. Stavroudis T, Miller M, Lehmann C. Medication errors in neonates. Clin Perinatol 2008;35:141-61.
15. Standard Concentrations of Neonatal Drug Infusions <http://www.ismp.org/Tools/Pediatric-Concentrations.pdf>. erişim mart 2012.
16. Facts about the Official "Do Not Use" List http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Official_Do_Not_Use_List_6_111.PDF. erişim. mart 2012.
17. Kohn L, Corrigan J, & Donaldson M. To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press;1999.
18. Chuo J, Lambert G, Hicks RW. Intralipid medication errors in the neonatal intensive care unit. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2007;33(2):104-11.
19. Ligi I, Arnaud F, Jouve E, Tardieu S, Sambuc, R, Simeoni U. Iatrogenic events in admitted neonates: A prospective cohort study. Lancet 2008;371(9610):404-10.
20. Raju TN, Kecskes S, Thornton JP, Perry M, Feldman S. Medication errors in neonatal and paediatric intensive-care units. Lancet 1989; 2(8659):374-6.
21. Beyea SC. Distractions, interruptions, and patient safety. AORN Journal 2007;86(1):109-12.
22. Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, Bryant JB, Ingram M, Schraner B, et al. Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. Journal of Continuing Education in Nursing 2005;36(3):108-16.
23. Vecchione A. USP drug safety review: Distractions contribute to medication errors. Drug Topics 2003;147:HSE42. Retrieved August 21, 2009, from <http://drugtopics.modernmedicine.com/drugtopics/article/articleDetail.jsp?id=111201>.
24. Chappell K, Newman C. Potential tenfold drug overdoses on a neonatal unit, Archives of disease in childhood. Arch Dis Child Fetal Neonatal edition 2004;89(6):483-4.
25. Joint Commission. 2009. Medication management standards. Retrieved August 17, 2009, from www.jointcommission.org.
26. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? BMC health services research 2005; 5(1):71.
27. Frey B, Kehr B, Losa M, Braun H, Berweger L, Micallef, J, et al. Comprehensive critical incident monitoring in a neonatal-pediatric intensive care unit: Experience with the system approach. Intensive Care Medicine 2000; 26(1):69-74.
28. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (n.d.). What is a medication error? Retrieved June 2, 2009, from www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html.
29. Özkan S, Kocaman K, Öztürk C. Pediatrik ilaç uygulama hatalarının sıklığı, tipleri, nedenleri ve önleme girişimleri. Deuhyo ED 2008;1(1):19-31,51-65.
30. Jani YH, Barber N, Wong ICK. Republished error management: Paediatric dosing errors before and after electronic prescribing Postgrad Med J 2011;87(1030):565-568.
31. Taylor JA, Loan LA, Kamara J, Blackburn S, & Whitney D. Medication administration variances before and after implementation of computerized physician order entry in a neonatal intensive care unit. Pediatrics 2008; 121(1):123-8.
32. WHO model formulary for children 2010. http://www.who.int/selection_medicines/list/WMFc_2010.pdf. erişim mart 2012.

Hemşirelikte Güçlendirme

Nursing Empowerment

Sevim ULUPINAR^a

^aHemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Öğretimi AD,
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 30.05.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 30.12..2012

4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
(15-17 Nisan 2010, Trabzon)'nde sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevim ULUPINAR
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Öğretimi AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
sulupinar@hotmail.com

ÖZET Güçlendirme, gücün bir kişiden diğerine aktarılması ve artan gücün sürekli olarak paylaşımıdır. Güçlendirme, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Hemşireler, sağlık profesyonelleri içinde en büyük grubu oluşturmalarına rağmen sahip oldukları gücü fark etmemekte ve kendi gücünü kabul etmede zorluk çekmektedir. Kabullenme ve gücü kullanmadaki isteksizlik, hemşirelik uygulamalarını kontrol etmede yetersizliğe neden olur. Başarılı güçlendirme hemşirelik mesleğine daha fazla güç ve bilgi, uygulamalarda kontrol ve otonomi sağlar. Güçlendirmenin özünde var olan çatışmaların çözümlenmesi, görüşme ve iletişim becerileri gibi temel becerilerin gelişmesi, hemşirelerin sağlık bakım sistemine etkin katılımı açısından önemlidir. Bu makalede güçlendirme kavramı ve çeşitleri, hemşirelikte güçlendirmenin tarihsel süreci ve güçlendirme ile ilgili öneriler incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Güçlendirme; güç; hemşirelik

ABSTRACT Empowerment is transferring power from one to another and sharing the increasing power continuously. Empowerment is a lifelong process. Although the nurses make constitute the largest group among the healthcare professionals they do not realize the power they possess and have difficulties in accepting their own power. The disinclination of acceptance and using power causes inadequacy in controlling the nursing practices. A successful empowerment provides the nursing profession more power and knowledge, and more autonomy and control in nursing practices. The development of basic skills that exist in the core of empowerment such as resolving conflicts, negotiation and communication skills is important for the nurses to participate actively in healthcare system. In this article, the concept of empowerment, kinds of empowerment, the historical review of the nursing empowerment and recommendations are examined.

Key Words: Empowerment; power; nursing

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2011;15(2):77-84

Güç bir birey veya grup üzerinde etki kurabilmek için gereklidir. Hemşireler, hasta, hekim ve diğer sağlık profesyonellerini etkileyebilmek için güce gereksinim duyarlar. Güçlendirme, hasta güvenliği ve bakım kalitesini de etkileyen bir araçtır. Güçlendirme kavramı, farklı disiplinlerde değişik anlamlarda kullanılmış soyut bir kavramdır. Ancak güçlendirme kavramıyla ilgili ortak yargı, birey güçlenmek istemediği takdirde güçlendirmenin gerçekleşmeyeceğidir.¹⁻⁵

Her hemşire yaptığı işten, verdiği hizmetten, kişisel ve mesleki gelişminden sorumludur. Başarılı güçlendirme hemşirelik mesleğine daha fazla

güç ve bilgi, uygulamalarda kontrol ve otonomi sağlar.^{2,5} Araştırmalar, güçlenmiş hemşirelerin motivasyonunun yüksek olduğunu, güç kaynaklarının paylaşımı yoluyla başkalarının güçlenmesini de motive ettiklerini göstermiştir. Güçsüz hemşirelerin iş doyumunu daha azdır ve tükenmişliğe daha eğilimlidir, hayal kırıklığı ve başarısızlık duyguları baskındır.¹

GÜÇ VE GÜÇLENDİRME KAVRAMI

Sözlük anlamına göre güç; fiziksel, düşünsel ve ahlaksal bir etki yapabilme ya da bir etkiye direnebilme yeteneği, bir şeyi yapabilme yeterliliği; güçlendirmek ise güçlü duruma getirmek, güç kazanmasını sağlamaktır. (<http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim:01.12.2011) Güçlendirme; insanların, kendilerini kontrol etme ve geliştirmelerini mümkün kılan bir yöntem; sorunlardan çok çözümlere odaklanan dinamik ve pozitif demokratik bir süreçtir. Özellikle sosyal eylemlerde güç, “zorlama ve baskın olma” şeklinde ele alınmış “ataerkil, otoriter ve negatif bir kavram” olarak yorumlanmıştır. Güçlendirme, bireylerin yaşamlarının sonuna kadar devam eden ve sürekli değişmekte olan bir süreçtir.^{2,6,7}

Güçlendirme kavramı, literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bazı tanımlar, güçlendirmeyi üst yönetime düşen görev ve sorumluluklar olarak ele alırken diğerleri güçlendirme faaliyetlerinin çalışanlar tarafından nasıl algılandığı konusuna odaklanmıştır.⁸ Güçlendirme, formal ve informal yollarla etkin bilginin sağlanması, güçsüzlüğe neden olan durumların tanımlanması ve ortadan kaldırılması ile öz-etkililiği artıran bir süreçtir. Güçlendirme, çalışanların kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına karşı güvenlerinin arttığı, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları, uygun ve anlamlı buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulama ve koşulları ifade eder.⁹

Güç; bir şey ya da kimse üzerindeki kontrol, etki veya hakimiyet; bir kişinin ne olursa olsun ihtiyaçlarını karşılamak ve hedeflerine ulaşmak için kaynakları harekete geçirme, kullanma ve elde etme yeteneği; insanların kendilerini baskılara karşı özgür kılma olanağı sağlayan sınırsız, olumlu bir etki/kudret olarak ifade edilmiştir. Hemşirelikteki

güç kavramı “sahip olduğu bilgi veya becerilerini başkalarının yararına kullanma yoluyla diğerlerini etkileme yeteneği” olarak tanımlanan uzman güçüdür. Güçlendirme, gücün bir kişiden diğerine aktarılması ve artan gücün sürekli olarak paylaşımıdır.^{1,2,10}

Güçlendirme; insanlar arasında karşılıklı etkileşimden kaynaklanan, sorumluluk ile otonomi arasında bağlantı kuran, paylaşılmış veya devredilmiş güç ile kaynaklara erişimi hedefleyen hem bir süreç hem de bir sonuçtur. Güçlendirmenin dışarıdan bir otorite yoluyla meydana gelen veya bireylerde içsel olarak başlatılan bir süreç olup olmadığı konusu tartışmalıdır.² Güçlendirmenin gerçekleşebilmesi için bireyin kendini iyi tanıması gerekir. Özgüveni yüksek, değişime açık olan bireyleri güçlendirmek daha kolaydır. Sürekli kendini geliştirme arzusunun olması güçlendirmeyi etkiler. Bir insanın kendini anlaması, zor durumlarla baş etmesini kolaylaştırır ve diğer insanları anlamasının temelini oluşturur.¹¹

Güçlendirme çalışmalarının felsefesi, aşağıdaki varsayımlar ve anahtar değerlere dayanır:

- Birey, kendisi için iyi veya doğru olanı bilir ve uygun seçimler yapar.
- Bireyin yaşam biçimi ve koşullarının geliştirilmesi mümkündür.
- Birey kendi yaşamının, sorunlarının ve olası çözümlerinin uzmanıdır.
- Güçlü yönleri geliştirmek sorunlara odaklanmaktan daha iyidir.
- Bireyin işbirliği ve katılımını sağlamak anahtardır.
- Kendini tanıma nihai amaçtır.
- Güçlendirme süreci, ilişkiler dengesinin derece derece değişimini içerir.
- Birey, güçlendirme sürecinin tüm halkalarının özü, çekirdeğidir.³

HEMŞİRELİKTE GÜÇLENDİRME

Güçlendirme kavramı, 1920’li yıllarda ortaya atılmış ve 20. yüzyıl insan hakları hareketi ile daha da önem kazanmıştır. Tarihsel bir bakış açısıyla ele

alındığında, kültürel, sosyal ve eğitimle ilgili faktörlerin hemşirelerin kendi uygulamaları üzerindeki güçlerini etkilediği görülür. Sosyal ve kültürel faktörlerden en öne çıkanı, hemşirelerin kadın olmasıdır. Hemşirelerin, güç ve güçlendirme çabalarının özünde var olan çatışma ve gerilimden kaçınarak, büyük ölçüde pasif davranmalarında cinsiyet faktörü etkili görülmüştür.² Hemşireler kendi gücünü kabul etmede zorluk çekmektedir. Kabullenmede ve gücü kullanmadaki isteksizlik, hemşirelik uygulamalarını kontrol etmede yetersizliğe yol açar. Pek çok hemşire, gücü erkeksi bir tavır olarak gördüğü ve kadın kimliğiyle bağdaşmadığı için güce ulaşma ve kullanma konusunda isteksizdir.^{1,6} Koç ve ark., yaptıkları araştırmada;¹² kız hemşirelik öğrencilerinin, erkek hemşirelerin meslekle ilgili olumsuz düşünce ve ön yarguların ortadan kalkmasını sağlayacaklarını, hemşireliğin mesleki haklarına kavuşmasını hızlandıracaklarını, hemşireler arası çatışma ve olumsuzlukların azaltılmasında yardımcı olabileceklerini düşündüğünü belirtmişlerdir. Diğer yandan aynı araştırmada, erkeklerin kadınların mesleki ilerlemesine engel olabilecekleri konusunda da endişe duyulduğu ifade edilmiştir. Hemşireliğin kadın mesleği konumunda yer alması ve hekim istemlerini uygulamaya yönelik bağımlı fonksiyonlarının ön plana çıkması nedeniyle bireysel ve mesleki özerkliğe yeterince sahip olmadığı ileri sürülmektedir.^{1,6} Çalışmalar, hemşirelerin genellikle pasif davranış özellikleri gösterdiklerini, ancak atılgan davranış özellikleri kazanabileceklerini göstermektedir. Atılganlık becerilerinin öğrenilmesi ve kullanılması hemşirelerin bireysel ve mesleki gelişimi açısından önemlidir.¹³ Öğrenciler ile yapılan araştırmalarda da; hemşirelik öğrencilerinin çoğunlukla daha verici, bağımlı, boyun eğen ve kadınsı özellikler sergilediği; girişim ve özerklik gerektiren pozisyonları istemedikleri; düzen, disiplin, bakım, itaat özelliklerinin diğer dal öğrencilerinden daha yüksek olduğu belirtilmektedir.¹⁴

Bireysel ve profesyonel güçlenme ile hemşirelik eğitimi arasında güçlü bir ilişki vardır. Başlangıçta hemşirelik, kadınların aile içindeki rolü olarak sadece evde yapması beklenen bir uğraştı. Her ne kadar 1960'lardaki feminist hareket pek çok

meslekte kadını erkeklerle eşit konuma getirmesine rağmen, sağlık sistemi hiyerarşisinde hemşireliğin statüsü değişmemiştir. Hemşireliğin önceleri hastanelerde öğretilmesi, hekimler ve diğer sağlık personeline göre daha düşük statüde kalmasına neden olmuştur. Eğitim düzeyi düşük hemşireler, daha çok geleneksel kadın rolüne dayalı bağımlı fonksiyonları yerine getirmektedir. Diğer sorun, hemşirelik eğitiminin farklı düzeylerde verilmesidir. Tarihsel süreçte hemşirelik eğitime kabul ve eğitimin içeriği, hiçbir zaman tam olarak hemşirelerin kontrolünde olmamıştır. Diğer grupların hemşirelik mesleği üzerindeki kontrolü ne yazık ki günümüzde de devam etmektedir.^{1,6} Benzer sorunlar ülkemiz için de geçerlidir; eğitimdeki farklılıklar hemşireler arasında ayrışmaya dolayısıyla güç yitimine neden olmaktadır. Hemşirelik yasasındaki değişimle birlikte eğitimin sadece lisans düzeyinde verilmesi beklenirken, sağlık meslek liselerine tekrar öğrenci alınmaya başlanması hemşirelik için bir geri adımdır.

Güçlendirme, hemşirelerin sağlık sisteminde aktif rol almalarında anahtar bir süreçtir. Hemşireler, sağlık grubu içinde en büyük kitleyi oluşturmalarına rağmen kendilerini güçsüz hissetmektedirler. Politik, ekonomik ve sosyal ortamlarda hemşirelerin seslerinin çıkmaması, güvenli olmayan çalışma koşulları, ücretlendirmede eşitsizlik, rol çeşitliliği, taciz, ayrımcılık, hemşirenin geleneksel yardımcı rolü, sağlık sisteminin hiyerarşik yapısı, hekimlerin otorite olarak algılanması, rutin işlerin fazlalığı, rol belirsizliği, güven eksikliği, ödül ve ilerleme fırsatlarının azlığı, karar ve etkinliklere düşük katılım gibi pek çok faktör hemşirelerin güçsüz hissetmelerinde etkili olmaktadır.^{13,15,16} (<http://fatmakapilar.blogcu.com/personel-guclendirme-em-powerment-nedir/7249065> Erişim: 09.11.2011). Güçlendirmenin özünde var olan çatışmaların çözümlenmesi, görüşme ve iletişim becerileri gibi temel becerilerin gelişmesi, hemşirelerin sağlık bakım sistemine etkin katılımı açısından oldukça önemlidir.²

Hemşirelerin gereksinim duydukları güç kaynakları; hemşirelik uygulamalarının içeriği, koşulları ve yeterliliği üzerinde kontrol duygusudur.

Hemşirelik Uygulamalarının İçeriği Üzerinde

Kontrol: Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşirelere özerklik gerektiren önemli sorumluluklar yüklemiştir. Hemşirelikte özerklik, hemşirelik kararlarını verme yeteneği ve bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığıdır.¹⁴ Güç, hemşirelerin uygulamalarını daha özerk hale getirebilmeleri için gerekli bir özelliktir. Çünkü güç aracılığıyla, meslek üyelerinin statülerini yükseltmeleri, uzmanlık alanını tanımlamaları, otonomi ve yetki kazanmaları ve sürdürmeleri mümkün olabilir. Otonomi hemşirelerin gücünü temsil eder ve hareket etme özgürlüğü olarak tanımlanır. Ancak, Manojlovich'e göre, hemşirelerin bağımsız karar verme ve otonomi uygulamalarına odaklanan mesleki hazırlığı, yöneticiler ve diğer tıbbi personele göre daha yetersizdir.¹ Ülkemizde yapılan araştırma sonuçları da benzer yöndedir. Korkmaz ve Görgülü'nün çalışmasında¹⁷ hemşirelik hizmetlerinin niteliğini yeterli bulan hemşire oranının sadece %9,4 olduğu belirtilmiştir. Emiroğlu¹⁸ araştırmasında, hekimlerin hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarının neler olduğunu bilmediğini, hemşirelerin profesyonel niteliklere yeterince sahip olmadığını ve kendilerinin yardımcı olduğunu düşündüğünü, hemşirelerin bağımsız fonksiyonları hakkında hekim, toplum ve hemşire grubu arasında fark olmadığını ortaya koymuştur.

Hemşirelik Uygulamalarının Koşulları Üzerinde

Kontrol: Hastanelerin katılımcı yönetim, anlayışıyla çalışanlarını hastane yönetimi ve işleyişiyle kararlara katması ve memnuniyetlerini yükseltmesi toplam kalite yönetiminin temelini oluşturur.. Katılımcı ve işbirlikçi yönetim, hemşirelerin kararlara katılımını dolayısıyla bakım uygulamaları üzerindeki kontrollerini de artıran bir süreçtir. Çalışmalarda, hastane yönetimi özerk hemşirelik uygulamalarını desteklediği zaman hasta memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir. Manojlovich'in aktardığına göre, Bednash çalışmasında, kendi uygulamaları üzerinde otonomisi olan ve hasta bakımı konularındaki kararlara aktif katılan çalışanların kurum bağlılığının arttığını ve iş bırakma oranlarının düşük olduğunu belirlemiştir.¹

Hemşirelik Uygulamalarının Yeterliliği Üzerinde

Kontrol: Hem otonomi hem de güç bilgi ile

korunur. Hemşirelerin eğitim düzeylerinin diğer sağlık profesyonellerine göre daha düşük olması hemşirelerin güçsüzlüğünün nedenlerindedir. Manojlovich'in aktardığına göre, Prescott ve Dennis'in "Hastanede hizmet grupları arasında eğitim düzeyine bağlı farklılıkların olmasıkurumsal politikalarda ciddi sıkıntı yaratır" ifadesi neredeyse otuz yıl öncesinde söylenmesine karşın günümüz için de geçerlidir. Hemşirelikte uzmanlık, hastaların hayatlarını etkileyen, hasta bakımının kalitesini yükselen bir güç kaynağıdır.¹ Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan araştırmalarda, yoğun bakımla ilgili sertifika sahibi olmanın ve hizmet içi eğitimin eleştirel düşünme eğilimini etkilediği,¹⁹ hemşirelerin sertifikalı eğitimlerin yaygınlaştırılmasını, etkinliklere katılımın kurum tarafından desteklenmesini istediği²⁰ belirlenmiştir.

GÜÇLENDİRME ÇEŞİTLERİ

Literatürde güçlendirme toplumun güçlendirilmesi, örgütsel güçlendirme ve bireylerin psikolojik olarak güçlendirilmesi şeklinde ele alınmıştır.¹

Toplumun güçlendirilmesi; mental hastalıklar ve bilişsel engeller, fiziksel zorluklar ve sınırlılıklar, AIDS, sosyo-ekonomik, cinsiyet, ırk veya yaş ile ilgili ayrımcılığa maruz kalan bireyler için kaynaklara erişimin artırılması, grupların savunulması ve sosyal adaleti amaçlayan kolektif eylemleri kapsar. Eğitim aracılığıyla toplumun bilinçlenmesi artar, ekonomik kaynaklara eşit erişim ve sosyal adalet sağlanır, bu durum toplumun güçlenmesiyle sonuçlanır. 1960'larda, insan hakları hareketi ile başlayan güçlendirmenin modern tanımını "iletişim ve görüşme becerileri gibi kaynaklara ulaşımın artmasıyla birlikte oransız gücün düzeltilmesi süreci" olarak ele alınmaktadır.^{2,7}

Örgütsel güçlendirme; kurumsal etkililik ve başarı için tüm çalışanların güç ve fırsatlara sahip olması gerektiğini açıklar. Bu kuram, çalışanların davranışlarının sadece kişisel özelliklerden değil çalışma ortamındaki durum ve koşullardan kaynaklandığını savunan Kanter tarafından geliştirilmiştir. Manojlovich'in aktardığına göre Kanter, güçlendirmeye katkıda bulunan dört yapısal koşulu; kişiye iş tanımı dışındaki aktivitelere katılma

veya ilerleme fırsatı sunma; kişinin karar vermesi için destek; organizasyonun tüm yönleriyle ilgili bilgiye erişim ve çalışanın gereksinim duyduğu kaynaklara erişim şeklinde tanımlamıştır. Örgütsel güçlendirmeye yönelik çevresel faktörlerin varlığının hemşirelik ve hasta sonuçlarına katkıda bulunduğu, organizasyonel güçlendirmenin iş doyumunu yükselttiği ve hemşirelikte liderlik ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kurum tüm çalışanlara örgütsel düzeylerde fırsat ve güç sağlamak için yapılandırıldığında, çalışanların davranışı daha etkili olmakta ve örgütsel çıktılar artmaktadır. Bu nedenle, lider ve yöneticiler, hemşirelerin güçlendirilmesinde rehberlik etmelidirler. Ancak liderler, çalışma ortamını güçlendirmeye başlamadan önce kendilerini güçlendirmeli sonra aynı güçlendirici koşulları çalışanlarına da sunmalıdır.^{1,5}

Psikolojik güçlendirme; güçlenmenin psikolojik bir deneyim olduğunu açıklar. Psikolojik güçlenme bir süreçtir, bir insanın kişilik özellikleri ve çalışma ortamının etkileşimi ile başlar. Çalışmalarında, tükenme ve iş doyumunu üzerinde psikolojik güçlenmenin etkisi olduğu; çalışma ortamı özelliklerinin, hem hemşirelikte hem de hemşire olmayan grupta psikolojik güçlendirmeye katkıda bulunduğu gösterilmiştir.¹ Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan araştırmalarda; hemşirelerin yönetici hekimlerin sık değişmesi, takdir edilmeme, sorumlulukların belirsiz olması nedeniyle stres, baş ağrısı, yorgunluk ve öfke yaşandığı,²⁰ iş stresi puanının ortalamasının üzerinde olduğu, işi sevmeye boyutlarında doyum; sorumluluk, insanlarla tanışma-arkadaşlık ve iş yükü boyutlarında doyumsuzluk yaşandığı,²¹ yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesinin iş ortamına ait bazı stres kaynaklarından etkilendiği, mesleki sınırların tam olarak çizilmemesi, uzun çalışma saatleri/gece mesaisi ve ödüllendirilmenin olmamasının yoğun bakım hemşirelerinin iş ortamı kaynaklı stres faktörleri olduğu²² belirtilmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin psikolojik yönden güçlendirilmelerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır.

McCarthy ve Freeman'ın aktardığına göre, Murrell, gücün sonlu bir meta olarak görülmesini reddetmiş ve güçlendirmeyi "yeni gücün oluşumu" olarak adlandırmıştır. Psikolojik güçlendirmeyi,

katı bir şekilde birey içindeki içsel süreç olarak gören görüşü reddetmiş, güçlendirmenin doğası gereği interaktif bir süreç olduğunu belirtmiştir. Psikolojik güçlendirme sıklıkla öz-saygı, öz-yeterlilik, yetkinlik ve kontrol odağı gibi yapılarla ilişkilendirilmiştir.²

Psikolojik güçlenme süreci, motivasyonel bir yapıdır ve çalışma ortamı tarafından şekillenen dört bileşeni vardır:

1. Anlam/amaç; bir görevin yapılış amacının çalışan için taşıdığı değerdir. Bu değer tamamen çalışanın sahip olduğu idealler ve standartlara bağlıdır. Diğer bir deyişle, yürütülen işin gerekleri ile çalışanın inançları, değerleri ve davranışları arasındaki uyum arttıkça, işin birey için taşıdığı anlam da artar. Anlamın düşük derecede olması, kişinin önemli olaylar karşısında duyarsız kalmasına, yüksek derecede olması ise bağlılık, katılım ve enerjinin yoğunlaşmasına neden olmaktadır.^{1,8,9}

2. Yetkinlik/yeterlilik; bireyin, işini en iyi şekilde yapabileceğine ilişkin kendi yeteneklerine olan inanç ve güvenidir, öz-etkililik olarak da bilinir.¹ Yetkinlik, kişisel ustalık veya çaba-performans beklentisiyle eş anlamlıdır.⁸ Birey, sahip olduğu yeteneklerden emin olduğunda, bunları gerektiren faaliyetlere yönelik çaba içine girer ve kendini geliştirir. Düşük öz-etkiye sahip bireyler ise yetenekleri ile ilgili durumlardan kaçınma eğilimi göstererek, bireysel korkularla yeteneklerinin gelişmesine engel olurlar. Sorunlarla baş etme konusunda kendini yeterli hissedenler, başarısızlıklarını çaba eksikliğine; kendini yetersiz hissedenler ise yetenek eksikliğine bağlarlar. Çalışanlara iyi bir eğitim ve daha fazla fırsat verilmesi, etkili görev-çalışan eşleştirilmesi, onların yeteneklerinin geliştirilmesine katkıda bulunur.⁹

3. Özerklik; kişinin işi üzerindeki kontrol duygularını ifade eder.¹ Yetkinlik davranış ile ilgili ustalık özerklik ise bireyin faaliyeti başlatma, sürdürme ve düzeltme ile ilgili konularda inisiyatif kullanabilmesidir. Özerklik, işte atılacak adımların, sarf edilecek çaba ve kullanılacak yöntemlerin belirlenmesinde çalışanın bağımsız karar alabilme özgürlüğüdür. Kişinin faaliyetlerinde seçim hakkına sahip olmasının bireysel olarak algılanmasıdır.^{8,9}

4. Etki; örgütsel sonuçları etkilemek için güçlü olma duygusudur. Özerklik bireyin işi, etki ise örgütsel sonuçlar üzerindeki kontrol duygusuna işaret etmektedir. Özerklik işe katılımı, etki ise örgütsel katılımı gerektirmektedir. Etki, görevin başarılmasında kişinin davranışının farklılık yaratma derecesini, karar verebilme ve işlerini etkileyebilme inancını ifade etmektedir.^{1,8,9}

GÜÇLENDİRİLMENİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN ÖNERİLER

Güçlendirmenin nasıl geliştirileceğine yönelik pek çok literatür olmasına karşın, hemşirelerin çalışma koşullarını etkileme konusunda kendilerini hala güçsüz hissettiği bilinmektedir. Hemşirelik, tıbbın ataerkil yapısı ve sağlık sisteminin baskıcı çalışma koşullarının üstesinden gelmeye odaklanmalıdır. Klinik bilgi ve komite çalışmaları, hemşirelerin güçlenmesinin önemli bir parçasıdır. Komiteler, hem birim hem kurumsal düzeyde olmalı, eğitim veya uygulama gibi konuları üzerinde çalışmalıdır. Karar verme sürecine katılım, hemşirelik uygulamalarındaki kontrolü artırır. Kişinin yeteneğine yönelik psikolojik inancının hemşirelikte güçlendirmeyi arttırmak için yeterli olmayacağı fakat gerçekten güçlendirilmiş ortamların karşılıklı profesyonel ilişkileri geliştireceği ileri sürülmektedir.^{4,5} Manojlovich'in aktardığına göre, Benner gücü, ilişkiler ve bakım üzerinden tartışmakta; hemşirelerin bakım, empati ve şefkati güç bileşenleri olarak benimsemeleri durumunda gücü, uygulamalarının bir parçası olarak kabul edeceklerini ileri sürmektedir.¹

Başarılı bir güçlendirme için saygı, güvenilir ilişki ve değişikliklerin kabulüne yönelik istek gereklidir. Hemşirelerin güven ve özsaygı yeterlilikleri, hemşirelik mesleğinin değeri ve uygulamaların özerkliği için vazgeçilmez bir önem taşır. İletişim, görüşme becerileri, güç devri veya güçten feragat etmede isteklilik hem güçlendirme öncesinde bir gereklilik hem de güçlendirmenin sonuçlarıdır. Güç, güçlendirmenin hem öncesinde gerekli olan bir koşul hem de bir sonuçtur.² Sağlıklı iletişim kurma ve karşı tarafı anlayabilmenin ilk koşulu kendini tanımadır. Kendini tanıma; psikolojik, fi-

ziksel, sosyal ve felsefi boyutları olan karmaşık bir kavram; mesleki ve sosyal ilişkileri biçimlendiren, insanın yaşamdaki varoluşunu belirleyen en önemli süreçtir.¹¹

Hemşirelerin güçlerini arttırmalarında, birbirleri ile yakından ilişkili olan bazı faktörler rol oynamaktadır. Bunlar; hemşirelerin eyleme geçme yükümlülüğü ve politik etkinliklerini arttırması, hemşirelerin toplu olarak hareket etmesi ve birbirleriyle ilişkilerini güçlendirmesi ve eğitim olarak sıralanabilir.

EYLEME GEÇME VE POLİTİK ETKİNLİKLERİ ARTTIRMA

Hemşireler sağlık bakım profesyonelleri arasında en büyük grubu oluşturmalarına karşın, toplu eylemin gücünü yeterince kullanamamışlardır. Hemşirelerin sağlık sisteminin ekonomik, politik ve örgütsel yönlerine karşı mesafeli ve isteksiz duruş sergilemeleri, onları sağlık bakım organizasyonlarıyla ilgili kararlara katılmada gerekli güce ulaşmaktan alıkoymuştur. Güçlendirme, hemşire sayısının azalması ile sorumluluğun artması, verimin düşmesi, erken emeklilik, işten ayrılmada yüksek devir hızı ve bakımın kalitesi gibi sorunlarla yakından ilişkilidir. Geleneksel hiyerarşik yönetim yapısı, özellikle hemşirelik öğrencileri ve yeni hemşireler üzerinde stres yaratır. Çalışmalarda güçlendirme stratejileri ile hemşirelikte liderliğin yetersiz olması arasında doğrudan bağlantı kurulmuştur.² Hemşirelerin güçlerini arttırmalarının en önemli yolu, politik çalışmalara katılarak profesyonelliklerini destekleyen kararlarda yer almalarıdır. Bunun için politika ile ilgili temel kavramları, yaklaşımları anlamaları, politik süreçlerde aktif olarak yer almaları gerekir.^{14,16} Mesleki örgütlenme kültürünü arttırmak için etkin bir örgütlenme bilinci öğrencilik yıllarında kazandırılmalıdır.²³

TOPLU HAREKET ETME VE İLİŞKİLERİ GÜÇLENDİRME

Hemşirelerin her alanda güç kazanmasının bir diğer yolu, belirli amaçlara ulaşmak için birlikte hareket etme ve hemşireler arasında yapıcı ilişkilerin geliştirilmesidir. Hemşireler arasında işbirliğine dayalı ilişkinin yeterince gerçekleşmediği bilinmektedir. Hemşirelikte kolektif sınıf bilinci tam olarak gelişmemiştir, sağlık sistemi içinde hemşireler ge-

nellikle birbirleri ile rekabet eden ayrı sınıflar olarak hareket ederler. Bir meslek en büyük gücünü sahip olduğu mesleki örgütten alır. Ancak ülkemizde Türk Hemşireler Derneğine üye olan hemşire sayısı yeterli değildir.¹⁶ Bu durumu değiştirmek tüm hemşirelerin sorumluluğudur. On yıl önce yapılan bir araştırmada²³ hemşirelikle ilgili derneklerin bilinmediği, hemşirelerin herhangi bir derneğe üye olmadığı belirtilirken, yakın geçmişteki bir çalışmada mesleki derneğe üye olan hemşirelerin oranının %23,8 olduğu¹⁷ bulunmuştur. Bu oranın yeterli olmadığı açıktır. Özel dal hemşireliğinde de durumun farklı değildir. Yıldırım ve Ulupınar'ın araştırmasında yoğun bakım hemşirelerinin %11,6'sının Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'ne üye olduğu, üye olanların ise %13,8'inin dernek faaliyetlerine aktif katıldığı belirtilmektedir.²⁴

EĞİTİM

Hemşirelerin gücünü arttırmasının en önemli yolu eğitimidir. Eğitim, politik katılımı ve birlikte hareket etmeyi de etkileyen önemli bir faktördür. Eğitim farklılıkları nedeniyle yönetim, eğitim ve uygulama alanında görev yapan hemşireler arasında yeterli işbirliği sağlanamamakta; araştırma sonuçları uygulamaya yansımamakta, öğrenciler uygulama alanlarından yeterince yararlanamamakta, etkileşim/paylaşım yetersiz olmakta ve mesleğin gelişimi engellenmektedir. Hemşirelerin birbirlerine ve öğrenci hemşirelere destek, bilgi, rehberlik sağlamaları gelişmeyi beraberinde getirecektir.¹⁶ Hemşirelik fakültesi öğretim üyeleri, yöneticileri ve öğrencileri ile yapılan çalışmada,⁶ güçlendirme deneyiminin sadece bireye değil zaman, çevre, geçmiş deneyimler ve etkileşimlere bağlı olduğu; öğrencilerin güçlendirici deneyimleri daha çok dışsal olarak, fakülte üyeleri ve yöneticilerin ise içsel olarak açıkladığı belirtilmekte, hemşirelik eğitimi ve klinik uygulama arasında işbirliği önerilmektedir. Hemşirelik öğrencileri, hemşirelik rolleri ve hemşirelik mesleği açısından güçlendirmeye yönelik değişimleri yaratacak anahtar konumdadırlar. Hemşire eğitimciler ve yöneticiler tarafından sergilenen güçlendirme ve güçsüzleştirme davranışları, gelecek neslin hemşireleri

releri olacak öğrenciler için örnek olaktır.^{6,10} Bu amaçla eğitim programları, gözden geçirilmeli, hemşirelik adaylarının bağımsız bir kişilik kazanması, kendi kendini yönetmesini sağlayan güçlendirme deneyimlerini içerecek düzenlemelerle güncellenmelidir. Ancak unutmamak gerekir, hemşireleri güçlendirme sorumluluğu yalnızca hemşirelik eğitimine ait değildir. Öğrenci hemşireler ile çalışan hemşireler arasındaki etkileşimler, hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik rolü ve mesleği algılamalarını biçimlendirmektedir. Hemşirelerin rolünün geliştirilmesi, mesleki imajının güçlendirilmesi, sağlık sisteminin ulusal ve küresel olarak iyileştirilmesi için güçlendirilme gereklidir.^{6,14,25}

Güçlendirme, otonomi ve sorumluluğun kabul edildiği, toplu bir şekilde, politik olarak aktif hale gelen ortak bir öğrenme sürecidir. Hemşireler bakımın bütünlüğü çerçevesinde ekonomik, sosyal ve politik olaylara daha duyarlı yaklaşmalı ve hastalarını, ailelerini, toplumu ve kendilerini daha etkili savunmak için gerekli iletişim, görüşme ve çatışma yönetimi becerilerini kazanmalıdır. Güçlendirilmiş hemşireler, politik ve organizasyonel yapıları etkileyerek sağlık bakım ortamını değiştirebilirler.

Campbell'ın aktardığına göre; Roberts hemşirelerinsuçlamadandurumu iyileştirmeye yönelmelerinin uygun olduğunu belirtmektedir.⁶ Güç kazanmada anahtar faktör, sahip olunan gücün farkına varılmasıdır. Çünkü gücün algılanması, gücün kazanılması için ön koşuldur. Hemşireler, güç kazanma mücadelesinde başarılı olmak için öncelikle güçleri olduğuna inanmalı, risk almalı ve seslerinin bastırılmasını reddetmelidirler.¹⁶ Hemşireler gücü sadece kontrol ve baskı olarak gördüğü sürece, kendi mesleği üzerinde kontrol duygusuna sahip olmadıkça güç ve güçlenme konularındaki mücadeleleri devam edecektir. Hemşirelerin sürekli değişen ve gelişen dünyaya uyum sağlamaları için değişim kaçınılmazdır. Değişim için kritik bir adım olan güçlendirme kullanılmalıdır. Tüm hemşireler, etkileşimde buldukları meslektaşlarının ve hemşirelik öğrencilerin güçlendirilmesinden sorumludur. Güçlendirme konusunda hemşirelerin gücünün daha açık, görünür ve etkili olmasını sağlayacak araştırmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs* 2007;12(1):1-15.
2. McCarthy V, Freeman, LH. A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *The Journal of Theory Construction & Testing* 2008;12(2):68-74
3. Stevenson C, Leamy M, Barker P. The philosophy of empowerment, *Mental Health Nursing* 2000;20(9):8-12.
4. Lewis M, Urmston J. Flogging the dead horse: the myth of nursing empowerment? *J Nurs Manag* 2000;8(4):209-13.
5. Bieber PL, Swenson LL. The 'Power' within empowerment: You. *Am Nurs* 1999; 31(6):5.
6. Campbell SL. Cultivating empowerment in nursing today for a strong profession tomorrow. *J Nurs Educ* 2003;42(9):423-6.
7. Nyatanga L, Dann KL. Empowerment in nursing: The role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy* 2002;3(3): 234-9.
8. Çöl G. Algılanan güçlendirmenin işgören performansına etkileri, *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 2008;9(1):35-46.
9. Eren Gümüştekin G, Emet C. Güçlendirme algılarındaki değişimin örgütsel kültür ve bağlılık üzerinde etkileşimi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2007;17:90-116.
10. Brancato VC. Psychological empowerment and use of empowering teaching behaviors among baccalaureate nursing faculty. *J Nurs Educ* 2007;46(12):537-44.
11. Karaca S. Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: Kendini tanıma. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(1):79-84.
12. Koç Z, Bal C, Sağlam Z. Kız hemşirelik öğrencilerinin erkek hemşirelik öğrencilerine bakışı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 2010:330-4.
13. Yaman Efe Ş. Hemşirelikte atılgnlık. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10(3):69-75.
14. Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008;3:41-50.
15. Esin MN, Öztürk N. Çalışma yaşamı ve kadın sağlığı. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2005: 38-42.
16. Karaöz S. Hemşirelerin politik gücü C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;8(1): 30-6.
17. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010; 17(1):1-17.
18. Emiroğlu N. Sağlık personelinin ve toplumun hemşirelik imajı. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2000;1, 9-17.
19. Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(3): 13-22.
20. Akbal Ergün Y, Özer Y, Baltaş Z. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeyleri ve stresin hemşireler üzerindeki etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001;5:70-79.
21. 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.
22. Altıntoprak AE, Karabilgin S, Çetin Ö, Kıtıapçıoğlu G, Çelikkol A. Hemşirelerin iş ortamlarındaki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri: Yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2008;10(1):9-17.
23. Gözüm S, Ünsal A, Demirci P, Birel Ş, Çamuşoğlu S. Hemşirelerin mesleki örgütler ve dergilere ilişkin görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3(2):19-28.
24. Yıldırım F, Ulupınar S. Yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitimlerden yararlanma durumları, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010;14(2):37-44.
25. Mohsen H A, Mahvash S. A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Services Research* 2005;5:24.