

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) 14 CİLT (VOLUME) 14 SAYI (NUMBER) 2

ARALIK (DECEMBER) 2010

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 14, Sayı 2, Aralık 2010

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.tybd.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@tybd.org.tr
web: www.tybd.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: 13.07.2012

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 Sürekli Eğitimlerden Yararlanma Durumları <i>The Status of Benefit That Intensive Care Nurses Gained from Continuous Training Programs</i> Feray YILDIRIM, Sevim ULUPINAR	37
Yoğun Bakım Hemşirelerine Yönelik Psikolojik Şiddet: Niteliksel Bir Çalışma <i>Psychological Violence Towards Critical Care Nurses: A Qualitative Study</i> Neslihan KESER ÖZCAN, Hülya BİLGİN.....	45

DERLEME

Nazokomiyal Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı <i>Nasocomial Pneumonia and Nursing Care</i> Besey ÖREN.....	55
Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi <i>Comfort Theory and the Effect of Intensive Care Unit on Patient Comfort</i> Neriman ZENGİN.....	61
İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı <i>The Problems of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator Faced with and Nursing Care</i> Özlem BULANTEKİN, Sıdıka OĞUZ.....	67
Yoğun Bakımdaki Çocuğun Beslenmesi <i>Nutrition for Children in Pediatric Intensive Care Unit</i> Gülçin BOZKURT	72

Değerli Okurlar,

Dergimizin bu sayısında yoğun bakım hemşireliği ile ilgili bakış açımızı ve mesleki yaşantımızı zenginleştirecek bilgiler içeren araştırma ve derleme yazıları bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşirelerine yönelik psikolojik şiddeti niteliksel yöntemle araştıran çalışma ile bu ünitelerde çalışan hemşirelerin sürekli eğitim etkinliklerinden yararlanma durumlarını inceleyen iki araştırma yazısı yer almaktadır. Hemşirelerin nazokomiyal enfeksiyonlar ile ilgili üniversal önlemleri izlemesi gerektiğini vurgulayan, yoğun bakım hasta ve yakınlarının konforunu etkileyebileyecek birçok faktörü dikkate alarak hizmet sunmalarının önemine değinen, ventriküler aritmili hastaların, koruyucu olarak implante edilen kardiyoverter defibrilatörlere (ICD) uyum sağlarken yaşadığı güçlüklerle başa çıkmasında hemşirenin izlemiyle destek güç oluşturacağından ve yoğun bakımda beslenme desteği uygulanan çocuklarda hemşirenin beslenme tipi ve yolunun seçiminden başlayarak, komplikasyonların izlenmesi sürecine değin katkılar sağladığından söz eden, dört derleme yazısına yer verilmektedir.

Derneğimiz çeşitli hastaneler ve yoğun bakımla ilgili diğer derneklerle bilimsel etkinliklerde işbirliği yapmaya devam etmektedir. Bu bağlamda, Fethiye Lokman Hekim Esnaf Hastanesi'nde ilki 12-13 Ağustos 2010, ikincisi 2-3 Eylül 2010 tarihleri arasında olmak üzere temel yaşam desteği, normal EKG ve aritmiler, yoğun bakım hastasının hijyenik bakımı, beslenme ve rehabilitasyonu ile yoğun bakımda enfeksiyon konularında toplam 80 hemşirenin katılımıyla "Yoğun bakım hemşireliği kursları" düzenlendi. 25 Eylül 2010 tarihinde Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü ile işbirliği yaparak gerçekleştirdiğimiz "Yoğun Bakımda Güncel Klinik Uygulamalar ve Multidisipliner Yaklaşım" paneli ile "Bireysel Güçlenme" kursuna çok sayıda yoğun bakım hemşiresi katıldı. Yine 27-31 Ekim 2010 tarihlerinde Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği tarafından Antalya ilinde düzenlenen 11. Ulusal Kongresi'ne yoğun bakımda kalite ve akreditasyon, yoğun bakım hemşiresinin oryantasyonu, yoğun bakımda hasta izlemi, kardiyak rehabilitasyon, renal komplikasyonlar, enfeksiyonlar, IABP kullanımı ve hemşirelik bakımı konularını içeren iki panelle katkıda bulduk. Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu (EfCCNa) bünyesinde sürdürülen, dernek üyelerimizin katkıda bulunduğu "Yoğun bakım hemşireliği ile ilgili araştırma konularının öncelik ve önemini belirleyen" Delphi çalışması yayınlandı, çalışmaya belirtilen adresten ulaşabilirsiniz (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05512.x/abstract>). Tüm bu bilimsel etkinliklerde işbirliği içinde bulunduğumuz kurum ve kuruluşların yöneticilerine, bu etkinliklerde emeği geçen dernek yönetim kurulu üyelerimize, dernek üyelerimize, etkinliklere katılan yoğun bakım hemşirelerine teşekkür ederim.

Bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunarım.

Yrd.Doç.Dr. Yasemin AKBAL ERGÜN

YAZARLARA BİLGİ

KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma sonuçlarını içeren kısa 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-

mulmalıdır. 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 bildirimleri için basılı kaynak gösterilmesi zorunludur. Dergi adları Index Medicus'a uygun şekilde kısaltılmalıdır. Altı ya da daha az sayıda olduğunda tüm yazarlar verilmeli, altıdan fazla yazar durumunda, altıncı yazarın arkasından "et al." ya da "ve ark." eklenmelidir. Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örneklere uyulmalıdır:

Dergi:

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

Kitap:

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

Kitaptan bölüm:

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

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

TABLO VE ŞEKİLLER

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

Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik ve elle çizilen şekiller "Şekil" olarak adlandırılır. Resimler parlak fotoğraf

kağıdına net olarak basılmalıdır. Orijinali siyah-beyaz olan fotoğrafların renkli filme çekilip basılmasından kaçınılmalıdır.

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

Yazılarda fotoğrafların renkli yayınlanmasını isteyen yazarlardan maliyete katılmaları ve dia göndermeleri istenebilir. Şekil ve grafikler beyaz kuşe kağıda çizilmeli, sıra ile numaralanmalı ve ayrı kağıtlarda gönderilmelidir.

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

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

BİLGİLENDİREREK ONAY ALMA/ ETİK

İnsanlar üzerinde yapılan çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedür(lerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösteren bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma sözkonusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı 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. adına

İmtiyaz Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Mehmet Battin Akgül

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 imzalanmış bir açıklama eklenecek.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sürekli Eğitimlerden Yararlanma Durumları

The Status of Benefit That Intensive Care Nurses Gained from Continuous Training Programs

Uz.Hem. Feray YILDIRIM,^a
Yrd.Doç.Dr. Sevim ULUPINAR^b

^aİstanbul Üniversitesi
Kardiyoloji Enstitüsü,
Eğitim Hemşiresi,

^bHemşirelik Öğretimi AD,
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 03.11.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 08.04. 2012

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

ÖZET Amaç: Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitim etkinliklerine katılma ve yararlanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir üniversite hastanesi ve özel hastane grubuna bağlı beş hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 351 hemşire, örneklemini ise 251 hemşire oluşturdu. Anket formuyla elde edilen verilerin istatistiksel analizinde ortalama, standart sapma, Tek yönlü ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Ki-Kare, korelasyon testleri kullanıldı. **Bulgular:** Hemşirelerin %88'i kadın, %62,9 lisans mezunudur; yaş ortalaması 26,4 yıl, mesleki deneyim ortalaması 4,4 yıl, yoğun bakım deneyim ortalaması 2,9 yıldır. Hemşirelerin en fazla katıldığı sürekli eğitim etkinlikleri; hizmet içi eğitimler ve klinik oryantasyon programıdır. Hemşireler sürekli eğitimlerden %66,1 oranında bireysel yarar, %95,2 oranında mesleki yarar sağlamaktadır. Hemşireler, kurumdaki sürekli eğitim etkinliklerinin yeterliliğine 10 üzerinden ortalama 6,4 puan, kendi geliş düzeylerine ortalama 7,1 puan vermiştir. Hemşirelerin %52,2'si iş yoğunluğu, %34,7'si eleman eksikliği nedeniyle eğitimlere katılmada güçlük yaşamaktadır. Özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşireler, eğitimlerden daha fazla mesleki ve bireysel yarar sağlamaktadır. **Sonuç:** Yoğun bakım hemşireleri, katıldıkları sürekli eğitim etkinliklerinin yeterli ve yararlı olduğunu düşünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sürekli eğitim, hizmet içi eğitim, yoğun bakım hemşireliği

ABSTRACT Objective: The research is a descriptive study in order to state the status of benefit that intensive care nurses gained from continuous training programs. **Material and Methods:** The universe of research has been done by 351 nurses who works in intensive care units of different hospitals one training and research hospital which bound up the Ministry of Health, one university hospital and five private hospitals. The sample of this research has been created by 251 nurses. Oneway ANOVA, mean, standard deviation, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Ki-Kare and correlation tests have been used to analyze the statistics of data which has been obtained using questionnaire forms. **Results:** 88% of the nurses are women and 62.9% graduated from college, the mean of age is 26.4 years, the mean of work experience is 4.4 years, the mean of intensive care experience is 2.9 years. Referring to the survey, most of the continuous training programs that the nurses attended are in-service education and clinical orientation programs. The nurses gain 66.1% individual and 95.2% professional benefit from those continuous training programs. They give average 6.4 points over 10 for the efficiency of the programs given in establishment and 7.1 points for their individual development. 52.2% of nurses, because of work density, and 34.7% of nurses, due to lack of sufficient staff, cannot attend the training programs. The nurses at university and private hospitals gain more individual and professional benefits from the programs compared to the others. **Conclusion:** It comes to the conclusion that the continuous training activities taken by intensive care nurses are sufficient and effective.

Key Words: Continuous training, in-service training, intensive care nursing

Yoğun bakım üniteleri kritik hastaların bulunduğu, yüksek teknolojinin kullanıldığı özelleşmiş, karmaşık çalışma alanlarıdır. Bu özelleşmiş ünitelerde çalışan hemşirelerin, eleştirel düşünme becerilerinin gelişebilmesi, kritik hastaların bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, değişen/gelişen teknoloji ve tedavi yöntemlerine uyum sağlayabilmesinde sürekli eğitimlerin önemi büyüktür. Madrid Deklarasyonu'nda (1993); yoğun bakım hemşirelerinin mesleki donanımı ile ilgili gereklilikler belirtilmiş; hemşirelerin hasta ve toplum gereksinimlerine etkin bir şekilde yanıt verebilmesi için yeterli bilgi ve beceriye sahip olması, bu bilgileri sürekli güncellemesi ve geliştirmesi gerektiği vurgulanarak sürekli eğitimlerin önemine dikkat çekilmiştir.¹⁻⁶ Sürekli eğitimlerin amacı; çalışılan alanla ilgili nitelikli iş gücü sağlamak, en son bilgi ve gelişmelere uyumu artırmak, mesleki gelişmeyi ve güçlendirmeyi desteklemektir. Hizmet içi eğitimler, seminer ve kurslar, süreli yayın takibi, kongre ve sempozyumlar sürekli eğitim programları içinde yer alan etkinliklerden birkaçıdır.⁷⁻⁹

Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin yetiştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik sürekli eğitim etkinlikleri ile ilgili araştırmalar son derece azdır. Literatür incelendiğinde; yoğun bakım kursu veya hizmet içi eğitimlere katılan hemşirelerin bilgi düzeylerinin yükseldiği, karar verme süreçlerini daha etkin kullandığı, yoğun bakım biriminde çalışma deneyiminin bilgi düzeyini etkilemediği; eleştirel düşünme, hasta bakımı yönetimi ve özsaygının gelişmesine odaklanan ve hastanelerde uygulanan oryantasyon eğitimlerinin daha etkili olduğu belirlenmiştir.^{1,2,6,10,11} Araştırma sonuçlarımızın, yoğun bakım hemşireliğine yönelik sürekli eğitimleri, hemşirelerin eğitim etkinliklerinden ne derece yararlandığını ve uygulanan eğitimler hakkındaki düşünce ve değerlendirmelerini göstermesi bakımından konuyla ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitim etkinliklerinden yararlanma durumlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmada yanıt aranacak sorular şunlardır:

1. Yoğun bakım hemşirelerin sürekli eğitim etkinliklerine katılma durumları ve kurumda uygulanan eğitim etkinliklerine ilişkin düşünceleri,

eğitim etkinliklerine katılımda yaşadığı güçlükler ve önerileri nelerdir?

2. Yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitim etkinlikleri ile öğrenim düzeyi, yoğun bakım deneyimi ve çalışılan kurum arasında ilişki var mı?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, İstanbul ilindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir üniversite hastanesi ve özel bir hastane grubuna bağlı beş hastane olmak üzere toplam yedi hastanede gerçekleştirilen tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma, Haziran-Ekim 2009 tarihleri arasında, etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra yapıldı. Araştırmanın evrenini, hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 351 hemşire; örnekleme ise kendisine ulaşılan ve bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 251 hemşire oluşturdu. Çalışmaya katılım oranı %71,5 idi.

Eğitim ve araştırma hastanesinde; hizmet içi eğitim programları, üç eğitim hemşiresi tarafından; klinik oryantasyon programları ise, koroner yoğun bakım ünitesinde bir rehber hemşire tarafından, kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde eğitim hemşirelerinin rehberliğinde sorumlu hemşire ve deneyimli hemşirelerle iş birliği ile yürütülmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde işe yeni başlayan hemşirelere, kurumsal oryantasyon (1gün) ve klinik oryantasyon (1 ay) eğitimi verilmektedir. Üniversite hastanesinde; eğitim programları, eğitimden sorumlu hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı tarafından koordine edilmektedir. Tüm klinik oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerin planlama, uygulanma ve değerlendirilmesi ilgili anabilim dalı başhemşiresi ve sorumlu hemşireler tarafından yürütülmekte, eğitim raporları müdürlükte toplanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde işe yeni başlayan hemşirelere, hemşirelik oryantasyon eğitimi (40 saat) ve klinik oryantasyon eğitimi (2,5 ay) verilmektedir. Özel hastane grubundaki hastanelerde; tüm eğitimler, hemşirelik eğitim ve gelişim müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Klinik oryantasyon eğitimlerinde, ilgili birimin klinik eğitim hemşiresi görev almaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde işe yeni başlayan

hemşirelere, kurumsal oryantasyon (4 gün) ve klinik oryantasyon eğitimi (6 ay) verilmektedir.

Veriler, literatür bilgisi, araştırmacıların deneyim ve gözlemleri doğrultusunda geliştirilen 28 sorudan (sosyodemografik ve mesleki özellikler, sürekli eğitim etkinliklerine katılma ve yararlanma durumları, eğitime ilişkin düşünceler, yaşanan güçlükler ve öneriler) oluşan anket formu ile toplandı. Veri toplarken gündüz çalışan hemşirelerle bire bir görüşme yöntemi kullanıldı, gece ve hafta sonu nöbetindekilere ilgili anabilim dalı başhemşireleri ve eğitim hemşireleri aracılığıyla ulaşıldı. Yoğun bakım ünitelerinin izole bir yapıya sahip olması ve iş yoğunluğu araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edildi.

Bulgular, istatistik uzmanı tarafından NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software programı kullanılarak; ortalama, standart sapma, ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Ki-Kare, korelasyon analizi yöntemleri uygulanarak analiz edildi.

BULGULAR

Hemşirelerin %88'inin kadın, %62,9'unun lisans mezunu olduğu, %39'unun özel hastanede, %33,1'inin kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı belirlendi. Katılımcıların yaş ortalaması 26,47±4,26 (18-42 yaş); mesleki deneyim

ortalaması 4,47±4,40 yıl (1-23 yıl), yoğun bakım deneyimi ortalaması 2,91±3,44 (1-23 yıl) yıldır.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SÜREKLİ EĞİTİM ETKİNLİKLERİNE KATILMA DURUMLARI VE KURUMDA UYGULANAN EĞİTİM ETKİNLİKLERİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

Yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelerin eğitime ihtiyaç duyduğu alanlar sırasıyla, ileri teorik/kuramsal bilgi (%64,5), ileri uygulama becerilerinde yetkinlik (%54,2), mesleki tutum ve değerlerdir (%53,4). Hemşireler, eğitim gereksinimlerini karşılamada kurumdaki hizmet içi eğitim programı (%85,7), internet/intranet (%73,7), mesleki kitap ve dergilerden (%61), yararlanmakta ve hekimlere (%53,4) başvurumaktadırlar.

Tablo 1'de hemşirelerin katıldığı eğitimler, sağladığı yararlar ve yeterlilik puanları yer almaktadır.

Kurumda yürütülen eğitim programları içinde genel hizmet içi eğitim (%98,9) en yüksek orandadır, bunu klinik oryantasyon (%88,8) ve birime yönelik hizmet içi eğitimler (%83,7) izlemektedir. Hemşirelerin %11,6'sının Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'ne üye olduğu, üye olanların %13,8'inin dernek faaliyetlerine aktif katıldığı belirlendi. Bir bilimsel dergiye üye olanların oranı %3,6 idi.

TABLO 1: Hemşirelerin katıldığı eğitimler, sağladığı yararlar ve yeterlilik puanları.

Eğitimler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Katıldığı Sürekli Eğitim Türü*				
Hizmet içi eğitim programı	238	94,8	13	5,2
Klinik oryantasyon	208	82,9	43	7,1
Sertifikalı kurslar	185	73,7	66	26,3
Kongre ve sempozyumlar	170	67,7	81	32,3
Web tabanlı on- line eğitimler	15	6	236	94
Mesleki süreli yayınları izleme	13	5,2	238	94,8
Sürekli Eğitimin Sağladığı Yararlar*				
Bireysel Yararlar	166	66,1	85	33,9
Mesleki Yararlar	239	95,2	12	4,8
Yeterlilik derecesi	ort±ss	min-max		
Sürekli eğitimlerin yeterliliğine verilen puan	6,46±2,16	1-10		
Kendi gelişim düzeyinin yeterliliğine verilen puan	7,16±1,70	1-10		

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

TABLO 2: Hemşirelerin kurumda uygulanan eğitimlerle ilgili düşüncelerinin dağılımı.

Düşünceler	Kurum Genelinde				Hizmet İçi Eğitim (n=210)				Birimindeki			
	Hizmet İçi Eğitim (n=248)		Hayır		Evet		Hayır		Klinik Oryantasyon (n=223)		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitimin yararları												
Temel teorik bilgim arttı	232	93,5	16	6,5	203	96,7	7	3,3	216	96,4	8	3,6
Temel pratik becerim gelişti	202	81,5	46	18,5	194	92,4	16	7,6	210	93,8	14	6,3
İleri teorik bilgim arttı	201	81	47	19	188	89,5	22	10,5	189	84,4	35	15,6
Uygulama becerisinde yetkinliğim arttı	192	77,4	56	22,6	184	87,6	26	12,4	192	85,7	32	14,3
Mesleki tutum ve değerlerim gelişti	204	82,3	44	17,7	186	88,6	24	11,4	192	85,7	32	14,3
Eğitimin değerlendirilmesi												
Eğitim yöntemleri uygundu	220	88,7	28	11,3	193	91,9	17	8,1	204	91,1	20	8,9
Eğitim araçları yeterliydi	202	81,5	46	8,5	176	83,8	34	16,2	197	87,9	27	12,1
Eğitim süresi yeterliydi	195	78,6	53	21,4	168	80	42	20	192	85,7	32	14,3
Eğitim ortamı uygundu	204	82,3	44	17,7	180	85,7	30	14,3	190	84,8	34	15,2
Eğitimcilerin eğitim becerileri yeterliydi	215	86,7	33	13,3	184	87,	26	12,4	200	89,3	24	10,7

Tablo 2’de hemşirelerin kurumda uygulanan eğitimlerle ilgili düşüncelerinin dağılımı görülmektedir.

Hemşirelere sürekli eğitim etkinliklerine katılma konusunda yaşadığı güçlükler sorulduğunda, %52,2’si iş yoğunluğu, %34,7’si eleman eksikliği nedeniyle eğitimlere katılamadığını ifade etti. Hemşirelerin %89,6’sı sertifikalı eğitimlerin yaygınlaştırılması, %82,1’i kurumların sürekli eğitimleri desteklemesi, %75,3’ü klinik oryantasyon sürecinin olması ve % 54,2’si akademik destek gibi önerilerde bulundu.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE SÜREKLİ EĞİTİM ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hemşirelerin *öğrenim düzeyleri* ile katıldığı sürekli eğitimlerden mesleki ve bireysel olarak yararlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Öğrenim düzeyi ile kendi gelişim düzeyinin yeterliliğine verilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), sürekli eğitimlerin yeterliliğine verilen puanlar arasındaki fark anlamlı bulundu ($KW=17,36$ $p=0,001$). Farklılık, lise ve ön lisans mezunlarından kaynaklanmaktaydı; bu gruptaki hemşirelerin sürekli eğitimlerin yeterliliğine verdikleri puanlar daha yüksekti.

Katılımcıların *yoğun bakımda çalışma deneyimi* ile katıldıkları sürekli eğitimler arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi. Sertifikalı kurslara katılanların ($Z=-5,72$ $p=0,001$), web tabanlı on-line yayınları ($Z=-3,56$ $p=0,001$) ve mesleki süreli yayınları izleyenlerin ($Z=-3,18$ $p=0,001$) yoğun bakım deneyimleri daha fazlaydı. Yoğun bakım deneyimi ile sürekli eğitimlerden bireysel yarar sağlama arasında anlamlı fark vardı ($Z=2,097$; $p=0,036$); bireysel yarar sağladığını düşünenlerin yoğun bakımda çalışma süreleri daha fazlaydı. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi ile kurumdaki sürekli eğitimlerin yeterliliği ($r=0,323$ $p=0,001$), kendi gelişim düzeyinin yeterliliği ($r=0,421$ $p=0,001$) puanları arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$). Yoğun bakımda deneyiminin artması, sürekli eğitim ve kendi gelişim düzeyinin yeterliliğini az da olsa etkilemektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin *çalıştıkları kurum* ile gereksinim duydukları eğitim konuları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3’te hemşirelerin çalıştığı kurumlar ile katıldığı eğitimler, yararlar, güçlükler, öneriler ve yeterlilik puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.

TABLO 3: Hemşirelerin çalıştığı kurumlar ile katıldığı eğitimler, yararlar, güçlükler, öneriler ve yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

		Çalışılan Kurum						
		Özel		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite		
		n	%	n	%	n	%	
Sürekli Eğitim Türü								
Hizmet içi eğitim	Evet	94	95,9	68	89,5	76	98,7	$\chi^2=7,026$ p=0,030
	Hayır	4	4,1	8	10,5	1	1,3	
Klinik oryantasyon	Evet	91	92,9	44	57,9	73	94,8	$\chi^2=48,00$ p=0,001
	Hayır	7	7,1	32	42,1	4	5,2	
Sertifikalı kurs	Evet	85	86,7	53	69,7	47	61	$\chi^2=15,57$ p=0,001
	Hayır	13	13,3	23	30,3	30	39	
Yararlar								
Mesleki yarar	Evet	78	79,6	29	38,2	59	76,6	$\chi^2=38,26$ p=0,001
	Hayır	20	20,4	47	61,8	18	23,4	
Bireysel yarar	Evet	98	100	66	86,8	75	97,4	$\chi^2=17,44$ p=0,001
	Hayır	0	0	10	13,2	2	2,6	
Yeterlilik puanı								
		Özel		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite		
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		
Sürekli eğitimlerin yeterlilik puanı		6,78±1,96		6,01±2,15		6,52±2,36		KW=6,64 p=0,036
Kendi gelişim düzeyinin yeterlilik puanı		7,50±1,52		6,97±1,68		6,93±1,90		KW=6,85 p=0,032

TARTIŞMA

Katılımcıların yarısından fazlasının lisans mezunu olması sevindiricidir. Yapılan araştırmalarda lisans mezunu olan yoğun bakım hemşirelerinin oranlarının %53,8 ile %48 arasında değiştiği belirlenmiştir.¹²⁻¹⁶ Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilginin yanı sıra, eleştirel düşünme gücünü kullanarak doğru ve akılcı kararlar alabilmesi önemlidir.¹⁷ Bu nitelikler lisans mezunu bir hemşirede olması hedeflenen özelliklerdir.

Araştırmamızdaki hemşirelerin yaş ortalaması 26,5 yıl (18-42 yaş), mesleki deneyim ortalaması yaklaşık 4,5 yıl, yoğun bakım deneyim ortalaması yaklaşık 3 yıldır. Yoğun bakım hemşirelerine yönelik yapılan araştırmalarda^{7,11,12,15,16} yaş ve çalışma deneyimi açısından örneklem grubumuzla benzerlik olduğu görülmüştür. Hem yaş ortalamasının hem de mesleki ve yoğun bakım deneyimlerinin fazla olmaması, örneklem grubumuzun yeni mezun ve deneyimi az hemşirelerden oluştuğunu göstermektedir. Bu bulgular, yoğun bakım ünitele-

rinin yeni mezun hemşirelerin mesleki oryantasyonlarında öncelikle tercih edildiği ancak hemşirelerin bu birimde uzun süre çalışmadığı izlenimi uyandırmıştır.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİN SÜREKLİ EĞİTİM ETKİNLİKLERİNE KATILMA DURUMLARI VE EĞİTİM ETKİNLİKLERİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, hemşirelerin yarısından fazlasının ileri teorik bilgi ve beceri konusunda ve mesleki tutum ve değerler alanında eğitime gereksinim duyduğu belirlendi. Bu bulgu, hemşirelerin yoğun bakım deneyimlerinin az olduğu göz önüne alındığında uygulanan hizmet içi eğitimlerin temel bilgi ve becerileri kazandırdığını düşündürmüştür. Katılımcıların ileri bilgi ve uygulama becerilerini geliştirmek istemeleri, mesleki gelişme isteğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Keleş'in¹⁸ özel ve kamu hastanelerinde, Serbest ve Ulupınar Alıcı'nın¹⁹ özel bir hastane grubunda yaptıkları araştırmalarda, hemşirelerin profesyonel bilgi, mesleki

tutum ve değerler ile profesyonel beceri alanlarında kendilerini geliştirmeyi istediği belirtilmiştir.

Hemşirelerin eğitim gereksinimlerini en fazla kurumdaki hizmet içi eğitim programı ve internet yoluyla karşıladığı belirlendi. Hizmet içi eğitimlere katılımın zorunlu tutulması, bu sonucu etkilemiş olabilir. Hemşirelerin eğitimlerinde internetten yararlanmaları, bilişim teknolojisindeki hızlı gelişimin beklenen bir sonucudur. Konuyla ilgili araştırma sonuçları²⁰⁻²² bulgumuzla uyumluluk göstermektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin alanda yetkinliğinin artması için hizmet içi eğitimler, kurslar, sertifika programları ve kongre/sempozyumlar gibi sürekli eğitimlerle desteklenmesi gerekir.^{5,23-25} Çalışmamızda, hemşirelerin en fazla kurumdaki hizmet içi eğitimler ve klinik oryantasyon eğitimine katıldığı, bunları sertifikalı kurslar, kongre ve sempozyumların izlediği görüldü (Tablo 1). İlgili araştırmalarda; hemşirelerin çoğunluğunun yoğun bakımla ilgili kongre ve sempozyumlara, kurum içi sürekli eğitimlere katıldıkları;¹² hemşirelerin %53,2 oranında hizmet içi eğitim, %32 oranında oryantasyon eğitimi aldığı, %14,8 oranında sertifika programına katıldığı belirlenmiştir.¹⁴

Araştırmamızda, hemşirelerin katıldıkları sürekli eğitimlerden elde ettiği mesleki yararın bireysel yarardan daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 1). Kurumlardaki hizmet içi eğitimlerin çalışanların profesyonel gelişimine ve yapılan işin kalitesini yükseltmeye odaklandığı bilinen bir gerçektir. Hemşirelerin bireysel kazanımlar elde ettiğini belirtmesi memnuniyet verici olmakla birlikte, eğitim programlarında çalışanların bireysel gelişimine yönelik konuların artırılmasının yararlı olacağı inancındayız. Yapılan birçok çalışma, hemşirelerin hizmet içi eğitimlerden yarar sağladığını ortaya koymuş olup bulgumuzla uyumludur.^{15,26}

Katılımcıların, kurumdaki sürekli eğitimlerin yeterliliğine 6,46 puan ve kendi gelişim düzeyinin yeterliliğine ise 7,16 puan verdikleri belirlendi. Hemşirelerin eğitimlerden yararlanma oranları yüksek olmasına rağmen, eğitimlerin yeterliliğine kendi gelişimlerine göre daha düşük puan vermesi; sürekli eğitimlerle kendilerini geliştirdiklerini an-

cak eğitimlerle ilgili beklentilerini yüksek tuttukları izlenimi uyandırmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde uygulanan sürekli eğitimler içinde genel hizmet içi eğitim-klinik oryantasyon eğitimi ve birime yönelik hizmet içi eğitimlerin oranı oldukça yüksekti. Bu bulgu, eğitim etkinliklerinin kalite standartları içinde yer alması nedeniyle hastanelerde yürütülen akreditasyon çalışmalarının beklenen bir sonucudur. Yoğun bakım hemşirelerinin bilgi ve beceri düzeyinin artırılması ve bilgi güncellemesi amacıyla uluslararası ve ulusal profesyonel organizasyonlar (AACN, EfCCNa, TYBHD) tarafından çeşitli kongre ve sempozyumlar düzenlenmekte ve süreli yayınlar çıkarılmaktadır.^{3,25} Katılımcıların alanlarıyla ilgili bir derneğe üye olma ve yayın izleme oranının çok düşük olması dikkat çekicidir. Genel hemşire popülasyonuna yönelik yapılan çalışmalarda,^{12,27-30} hemşirelerin mesleki ve süreli yayın izleme oranlarının düşük olduğunun belirtilmesi, bulgumuzu desteklemektedir. Ancak yıllar geçmesine rağmen bu konuda değişiklik olmaması üzücüdür.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN KURUMLARINDA UYGULANAN EĞİTİM ETKİNLİKLERİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCE VE DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelerin tamamına yakınının kurumda uygulanan eğitimlere yönelik olumlu görüş belirttiği ve eğitim programından memnun olduğu belirlendi (Tablo 2). Sürekli eğitimlerin temel amacı, çalışanlara bilgi ve beceri kazandırmak, var olan bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir.^{11,31} Bu bulgu, eğitimlerin amacına ulaştığını göstermektedir. Serbest ve Ulupınar Alıcı'nın araştırma sonuçları bulgumuzla paralellik gösterirken, Özpulat'ın çalışmasında hemşirelerin yapılan hizmet içi eğitimlerden yararlanma ve programlarından memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur.^{21,32}

Hemşireler, iş yoğunluğu ve eleman eksikliği nedeniyle sürekli eğitimlere katılımında güçlük yaşamaktadırlar. Sağlık sisteminden kaynaklanan ve ne yazık ki hala çözümlenmemiş ve eğitim etkinliklerinde de karşımıza çıkan bu sorunların acilen çözüme ulaştırılması gerektiği ortadadır. Katılım-

çılar, eğitimlerin geliştirilmesiyle ilgili olarak sertifika programlarının yaygınlaştırılması, akademik ve yönetsel destek, klinik oryantasyon sürecinin bir rehber hemşire tarafından yürütülmesi önerisinde bulundu. Sertifikasyon, yoğun bakım hemşiresinin profesyonel gelişim isteğinin bir göstergesidir ve mezuniyet sonrası yoğun bakım hemşireliği eğitimi konusundaki beklentileri karşılamak adına önemlidir.^{24,25} Klinik oryantasyon döneminde rehber hemşirenin görevlendirilmesi isteği ise kurum yöneticilerinin dikkate alması zorunlu bir öneridir. Çakır ve Ulupınar Alıcı,³³ rehber hemşirelerin çalışanların mesleki bilgi ve becerisini artırma ve yeni başlayanların oryantasyonunu kolaylaştırmada etkili olduğunu; Ünsar ve Ünsar,³⁴ hemşirelerin kendilerine destek ve rehberlik yapacak bir uzman hemşireye gereksinim duyabileceklerini vurgulamışlardır.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE SÜREKLİ EĞİTİM ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hemşirelerin öğrenim düzeyleri ile sürekli eğitimlerden mesleki ve bireysel olarak yararlanması arasında anlamlı fark bulunmaması, eğitimlerin her düzeydeki hemşirenin gereksinimlerini karşılar nitelikte olduğunu düşündürmüştür. Bununla birlikte lise ve ön lisans mezunu olan hemşireler, sürekli eğitimleri daha yeterli bulmuştur. Bu bulguya göre lisans ve lisansüstü öğrenime sahip hemşirelerin eğitimlerden beklentilerinin daha fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Hemşirelerin yoğun bakım deneyimi ile sertifika programlarına katılma, yayın takip etme etkinlikleri arasında fark bulunması, deneyimli hemşirelerin branşlaşma/özel dalda uzmanlaşma isteğinin bir belirtisi olarak yorumlanmıştır. Yoğun bakım deneyimi fazla olan hemşireler, sürekli eğitimlerden daha çok bireysel yarar sağlamakta, eğitimleri ve kendilerini daha yeterli bulmaktadır. Deneyimin artması, hemşirelerin sürekli eğitimlere katılmada seçici davranmasını ve kendisi için daha yararlı etkinlikleri tercih etmesini etkilemiş olabilir.

Yoğun bakım hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre eğitim gereksinimlerinin değişmemesi

($p>0,05$), hastanelerde yürütülen eğitim etkinliklerinin birbirine benzer konularda ve gereksinime odaklı olduğu izlenimi uyandırmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre katıldıkları sürekli eğitimler arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Hizmet içi eğitimlere ve klinik oryantasyon eğitimlerine özel ve üniversite hastanesindeki hemşirelerin katılma oranları daha yüksektir (Tablo 3). Alınan bilgilere göre her üç kurumda hizmet içi, klinik oryantasyon eğitimi ve sertifikalı eğitimler uygulanmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin kurumdaki eğitimlere katılım oranının daha düşük olmasının dönemselsel bir durumdan kaynaklandığı izlenimi uyanmıştır. Veri toplama döneminden kısa bir süre önce atama yoluyla çok sayıda hemşirenin aynı anda kurumda göreve başlamasının hizmet içi eğitimlere katılımı ve klinik oryantasyon sürecini olumsuz etkilediği gözlenmiştir. Bulgularımıza göre, özel hastane grubunda çalışan hemşireler, sertifikalı eğitimlere daha çok katılmakta, sürekli eğitimleri ve kendi gelişim düzeyini daha yeterli bulmaktadır. Özel hastanede grubunda JCI Akreditasyonu gereği çalışanlara yönelik sürekli eğitimlerin sistemli yapılması, hemşirelikte eğitim ve gelişim müdürlüğünün olması ve klinik oryantasyon sürecine rehberlik eden klinik eğitim hemşirelerinin bulunması memnuniyet ve katılımın artmasında etkili olabilir.

Özel ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin mesleki ve bireysel yarar sağlama oranları, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerden daha yüksektir (Tablo 3). Özel ve üniversite hastanelerinde uygulanan sürekli eğitimlerin uygulamaya mesleki ve bireysel yarar olarak yansıdığını görmek, eğitimlerin hedefine ulaştığı yönünde önemli bir bulgudur. Bu sonuç, özel ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kurum sürekli eğitimlerine daha fazla katılmasıyla ilgili bulgumuzla da uyumludur.

SONUÇ

Hemşirelerin en fazla katıldığı sürekli eğitim etkinlikleri; kurumsal hizmet içi eğitimler, klinik oryantasyon eğitimi, sertifikalı kurslar ve kongre/

sempozyumlardır. Hemşireler iş yoğunluğu ve eleman eksikliği nedeniyle eğitime katılamamakta; sertifikalı eğitimlerin yaygınlaştırılmasını, etkinliklere katılımda kurumsal destek gerektiğini, klinik oryantasyon sürecinde rehber hemşire olmasını ve akademik iş birliğini önermektedir. Araştırma bulgularımıza dayanarak, hizmet içi eğitim programlarının yanı sıra diğer sürekli eğitim etkinliklerinin de yaygınlaştırılmasını, süreli yayın izleme ve mesleki derneklere üyeliklerin teşvik edilmesi-

ni önermekteyiz. Yöneticiler sürekli eğitim etkinliklerine katılımı zorlaştıran faktörlere yönelik çözüm stratejileri geliştirmeli; sağlık kurumları, mesleki dernekler ve akademik kurumlar, yoğun bakım hemşirelerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesinde işbirliği yapmalıdır. Klinik alanda, iş başında öğrenmeyi kolaylaştıran klinik oryantasyon programları geliştirilmeli, rehber/klinik eğitim hemşireliğinin yaygınlaşması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11:3.
- Thomason T. ICU nursing orientation and post-orientation practices: A national survey. *Critical Care Nurs* 2006; 29:3, 237-245.
- Badır A. Uluslar arası öneriler ışığında yoğun bakım hemşireliği eğitiminin Türkiye'deki durumu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2004; 8:2, 83-88.
- Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2002; 44:4,475-479.
- Badır A. Koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin oryantasyon ve sürekli eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 1999; 3:2, 47-51.
- Enç N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. Doktora Tezi İstanbul: İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1992
- Durak İ, Serinkan C. Hemşirelerde iş tatmini: Denizli Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2007; 13:119-135.
- Erefe İ. Hemşirelerin hizmet içi eğitim gereksinimlerinde kendilerinin, yöneticilerinin ve hekimlerin görüşleri. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Bildirisi Kitabı. Kıbrıs; 1997. s 155-161.
- Taymaz H. Hizmet içi eğitim. Ankara: TAKAV Matbaası; 1997
- Yazıcı Ö. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi ile klinik deneyimlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1992.
- Barb M C, Bridget E. Meeting the needs of graduate nurses in critical care orientation. *Critical Care Nurse* 2007;27:36-51.
- Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009;51:168-173.
- Dede M, Çınar S. Dahili yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyularının belirlenmesi. *Maltepe Üniver-*
- sitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1:1.
- Babacan F. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bakıma yönelik uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007
- Çelen Ö, Karaalp T, Kaya S, Demir C, Teke A. Gülhane tıp fakültesi eğitim hastanesi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programlarından beklentileri ve bu programlar ile ilgili düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007; 49:25-31.
- Gündoğdu E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemodinamik monitörizasyonu bakımında kullanımı ve etkileyen faktörlerin saptanması. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2008
- Kaya H. Eleştirel düşünme gücü ve yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 1998; 2:2, 94-96.
- Keleş Z. (1998). Hastanelerde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitime yönelik düşünce, beklenti ve sorunları. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998
- Serbest Ş, Ulupınar Alıcı S. Özel bir hastane grubunda çalışan hemşirelerin kurumdaki hizmet içi eğitim uygulamalarına ilişkin görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010; 18:2, 98-105.
- Öztürk H, Savaşkan A. Hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle ilgili yaşadıkları sorunlar, beklenti ve önerileri. İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2008; 16:61,41-49.
- Gül A, Gençtürk N, Bozkurt G. Hemşireler arasında bilgisayar ve internet kullanım sıklığının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 7:3.
- Kaya N, Aştı T, Kaya H, Kaçar G. Hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *İÜFN Hemşirelik Dergisi* 2008; 16:62, 83-89.
- Derham C. Achieving comprehensive critical care. *Nurs Crit Care* 2007; 12:56-60.
- Miracle V. Thinking about certification. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2007; 26:2, 72-75.
- Williams G, Schmollgruber S, Alberto L. Consensus forum: Worldwide guidelines on the critical care nursing workforce and education standards. *Crit Care Clin*2006; 22: 393-406.
- Ulupınar S, Genç Z. Özel Bir Hastanede Yapılan Hizmet İçi Eğitim Programının Değerlendirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Bildiri El Kitabı Kıbrıs; 1997.s:311-314.
- Ekizler H, Tekin N. Klinisyen hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılmaları ve yayınları izleme durumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*1997; 4:1, 9-15.
- Khorshid L. Hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Kitabı* 1996; s: 92-99.
- Yılmaz F. Hemşirelerin araştırmaya ve araştırmaların kullanılmasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2006
- Göçmen Z. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı içeriğine ilişkin görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8:1,12-24.
- Deniz N. Global eğitim. İstanbul: Türkmen Kitabevi;1999
- Özpolat F. Sağlık Bakanlığı Ankara Dış Kapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programına ilişkin görüşlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri ; 2006.
- Çakır A, Ulupınar Alıcı S. Hemşirelerin klinik eğitim hemşireliği konusundaki görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010; 2:7, 29-35.
- Ünsar ve Ünsar. Hemşirelerin performanslarını geliştirmeye yönelik bir koçluk model önerisi. *Üniversite ve Toplum Dergisi* 2008; 8:1.

Yoğun Bakım Hemşirelerine Yönelik Psikolojik Şiddet: Niteliksel Bir Çalışma

Psychological Violence Towards Critical Care Nurses: A Qualitative Study

Yrd.Doç.Dr. Neslihan KESER ÖZCAN,^a
Yrd.Doç.Dr. Hülya BİLGİN^b

^aEbelik Bölümü,
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,

^bPsikiyatri Hemşireliği AD,
İstanbul Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 05.10.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 05.04.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Neslihan KESER ÖZCAN
Demirkapı Cad. Karabal Sok.
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi Bahçesi, 34740,
Bakırköy, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
neslihan_keser@hotmail.com

ÖZET Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uğradığı/tanık olduğu psikolojik şiddeti, doğası, nedenleri ve sonuçlarını incelemek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, retrospektif olarak, odak grup görüşmesi yöntemi aracılığı ile tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiş olup, örneklemini yoğun bakım ünitesinde çalışan 8 hemşire oluşturmuştur. **Bulgular:** Katılımcılarla gerçekleştirilen odak grup görüşmeleri sonunda, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere karşı psikolojik şiddet kapsamında 3 kategori belirlenmiştir. Bu kategoriler kapsamında, kategoriyi en iyi şekilde yansıttığı düşünülen öznel ifadelere yer verilmiştir. **Sonuç:** Katılımcılar, yoğun bakım ünitelerinin diğer birim ve yöneticilerle iletişime olanak tanımayan kapalı ve kısıtlayıcı çalışma ortamının, ağır çalışma koşulları ve kendine özgü iş disiplininin, deneyime dayalı gizli hiyerarşik yapının, diğer bölümlere göre daha sık yaşanan görev ve yetki karmaşasının kendileri için psikolojik şiddet nedeni olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, psikolojik şiddet uygulayıcılarının daha çok saldırgan kişilik yapısında, doktor ya da eğitimi ve maaşı düşük ancak deneyimi fazla olan hemşirelerden oluştuğu, özgüveni düşük olanların daha fazla mağdur edildiği vurgulanırken, psikolojik şiddete uğrayanların yaptıkları işten soğuma ve tükenme belirtileri gösterdikleri sonucu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, psikolojik şiddet, yıldırma, kalitatif çalışma

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to examine the psychological violence experienced or witnessed by nurses who are working in intensive care units in terms of its nature, reasons and consequences. **Material and Methods:** This descriptive study was carried out by focus group interview retrospectively and sample consisted of 8 nurses working in intensive care units. **Results:** At the end of focus group interviews, three categories have been identified related to psychological violence against nurses working in intensive care units. In the context of these categories, subjective statements have been given place to reflect the category the best. **Conclusion:** Participants reported that the reasons for psychological violence are to be closed and restrictive working environment of intensive care units which don't permit the communication with administrators and other units, to have unique work discipline and heavy working conditions, to have invisible hierarchical nature based on experience, to have duty and authority conflict which is more often experienced to other units. Assaultants of psychological violence have been likely being aggressive personality traits, doctors or nurses being less educated and salary but more experienced. Being less confident has been prone to more likely being victimization. Participants who are experienced psychological violence noted that having work alienation and burnout symptoms.

Key Words: Critical care, psychological violence, mobbing, qualitative study

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):45-54

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) işyeri şiddetinin sınır tanımayan ve pek çok işyerinde görülebilecek, hem bireysel hem de kurumsal perspektiften çok sayıda olumsuz sonuçları olan global bir sorun

olduğundan bahsetmektedir.^{1,2} İş yeri şiddetinin tanımlanmasında, tıpkı şiddetin tanımlanmasındaki gibi bir görüş birliği yoktur. En genel anlamı ile iş yeri şiddeti, çalışanın çalışma ortamında ya da işe gidip gelirken kötüye kullanılma, tehdit edilme ya da fiziksel saldırıya uğraması ile ilgili tüm davranışları içermektedir.³ Alexy ve Hutchins (2006), sağlık bakımı sunanların gereksinimlerini ifade eden iş yeri şiddeti tanımının, sadece fiziksel saldırıları değil, aynı zamanda emosyonel/psikolojik kötüye kullanımları, saldırgan eylemde bulunan ile iş yeri arasındaki ilişkileri kavramayı kapsayacak genişlikte olmasını gerektiğini vurgulamaktadır.²

Tüm işyeri şiddet olaylarının %25'inin sağlık sektöründe olduğu ve sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının da mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda saldırıya uğradıkları bildirilmektedir.⁴ Yine de, işyerlerinde yaşanan şiddetle ilgili gerçek verilere çeşitli nedenlerle tam olarak ulaşılamadığı ileri sürülmektedir. Farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin araştırıldığı çalışmalarda; genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-%8'nin cinsel, %0.7-%2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir.^{5,6} Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılan çalışmalarda; fiziksel şiddet %1.8-52.5, sözel şiddet %46.7-100, cinsel şiddet %1.1-73, psikolojik şiddet %33.3-86.5 olarak bildirilmiştir.⁷

Sağlık bakım çalışanları içerisinde de, hemşirelerin diğerlerine göre 3 kat daha fazla risk altında bulunduğu bildirilmektedir.⁸ Konuyla ilgili pek çok yayında, sağlık hizmetleri sektöründe, saldırgan davranış ve şiddet eylemlerinin öncelikli kurbanı olarak, hemşireler gösterilmekte ve hemşirelere karşı şiddet, majör uluslar arası mesleki sağlık problemi olarak belirtilmektedir.^{2,9,10,11,12}

Şiddetin geleneksel tanımlanmasından (fiziksel eylemlere odaklı), günümüz insanlararası ilişkilerinde örüntülenen bilinçli/bilinçdışı çatışma biçimlerini de kapsayacak ve farklı birçok çeşidi de içerecek şekilde genişletilmiş biçimde güncellenmesiyle, işyerlerinde sık karşılaşılan ve çalışan üzerinde fiziksel/psikososyal etkilenmelere yol açan bir şiddet türü olarak, "psikolojik şiddet" son yıllarda dikkat çeken bir kavram halini almıştır. Psi-

kolojik şiddetin tanımlanması ve içerdiği davranışlar konusunda da, tıpkı diğer şiddet türlerindeki gibi bir tanım birliği yoktur.¹³ Psikolojik terör (Psychological terror), taciz (harassment), zorbalık (bullying), kötü muamele (mistreatment), kurban olma (victimisation), nezaketsizlik (incivility), günah keçiliği (scapegoating), iş yeri travması (workplace trauma) ve yıldırma (mobbing) ve daha bir çok terim çalışanın uğradığı psikolojik şiddeti tanımlamak için kullanılan terimlerdir.^{13,14} WHO ve ILO'ya göre psikolojik şiddet, bir kişi ya da gruba karşı uygulanan, uygulandığı kişide fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki ve spiritüel zararlara neden olabilen, içinde sözel kötüye kullanım (abuse), yıldırma (mobbing, bullying), taciz (harassment) ve tehditi (threat) de içeren kasıtlı güç kullanımıdır.⁴ Normal çatışma ile psikolojik şiddeti ayıran şey rahatsız edici davranışın neden ya da nasıl yapıldığının yanında, hangi sıklıkta ve ne kadar süredir yapıldığı ile ilgilidir. Psikolojik şiddet ısrarlı ve devamlılığı olan bir süreçtir, tek bir olumsuz davranış ya da durum ile tanımlanamamaktadır.¹⁵

Demirel ve Yoldaş (2008) sağlık kurumlarında, kötü iletişim, haksız eleştiri ve tehdit, sosyal ilişkilere yönelik saldırılar, asılsız söylentiler yayma, yaşam kalitesi ve mesleki durumuna yönelik saldırılar biçiminde kategorize ettikleri psikolojik şiddeti inceledikleri çalışmalarında, Türkiye'de sağlık kurumlarının durumunun, Kazakistan'a göre daha iyi olduğundan bahsetmişlerdir.¹⁶ Portekiz'de gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin %60'ı psikolojik şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir.¹⁷ Özen Çöl (2008) sağlık çalışanlarına karşı gerçekleşen psikolojik saldırı oranını %34.9 olarak bildirirken, en sık psikolojik şiddete uğrayan meslek grubunun %35.9 ile hemşireler olduğunu rapor etmiştir. En sık bildirilen psikolojik şiddet örneği olarak %39 oranı ile "yaptığım iş eleştirilir" seçeneği tercih edilmiştir.¹⁸ Adana'da hemşireler arasında psikolojik şiddet de kapsayacak biçimde sözel şiddetin sorgulandığı bir çalışmada, en fazla şiddete uğrayanların yoğun bakım çalışanları olduğu sonucu bulunmuştur (%87.5).¹⁹ Sadece hemşirelerde psikolojik şiddetin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin psikolojik şiddete uğrama oranı %86.5 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da en sık bildirilen (%55.2) seçenek "başkalarının yanında hakkımda

aşağılayıcı ve rencide edici biçimde konuşulması” olmuştur.¹⁴

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu alanlar içinde, acil, ambulans hizmetleri, psikiyatri klinikleri şiddet açısından öncelikle riskli birimler olarak tanımlanmakla birlikte, yoğun bakım servislerinde çalışan hemşireler, stresli çalışma ortamları, bakım verdikleri hastalar ve aileleri göz önünde tutulduğunda, agresyon ve şiddet eylemlerine özellikle yatkın yerler olarak belirtilmektedir.^{20,21} Drudy (1997), Yoğun Bakım Ünitelerinde (YBÜ) şiddet potansiyelinin belirlenmesi konulu araştırmasında, çalışırken şiddet kurbanı olma oranını %79 olarak yüksek oranda saptamıştır.²¹ Kanada’da farklı kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda çalışanların en fazla uğradığı şiddet türünün, hemşirelerin hemşirelere uyguladığı psikolojik şiddet (horizontal) olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, doktorlardan hemşirelere yönelik cinsel saldırıların en fazla görüldüğü birimin de yoğun bakım üniteleri olduğu vurgulanmıştır.²² Avustralya’da farklı kliniklerde çalışan 2407 hemşirede yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşireleri; fiziksel saldırıya uğramada 5. sırada, psikolojik saldırıya da kapsayacak nitelikte sözel saldırıya uğramada ise 6. sırada yer almaktadır.²³ Vessey ve arkadaşlarının (2009) ABD’de 303 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada da yoğun bakım üniteleri, medikal ve cerrahi servislerinden sonra en çok şiddetin yaşandığı, acil servislerden bile öncelikli yerler olarak bildirilmiştir.²⁴ Aksu ve Akyol (2010), Türkiye’de YBÜ’nde psikolojik şiddeti araştırdıkları çalışmalarında, hemşirelerin %79’unun meslek yaşantısı boyunca psikolojik şiddete uğradığı, %82.1’inin bunu bildirmediği sonucunu bulmuştur.²⁵ Lynch ve ark. (2003) tarafından, Birleşik Krallık’ta 176 yoğun bakım ünitesi kapsamında gerçekleştirilen bir çalışmada da, ünitelerin %87’sinde, hastalardan hemşirelere karşı sözel şiddet, %74’ünde hasta yakınlarından sözel şiddet meydana geldiği; doktorlara karşı hastalardan sözel şiddet uygulanmasının, ünitelerin %65’inde görülürken, hasta yakınlarından sözel şiddet eylemlerinin ünitelerin %59’unda gerçekleştiği belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki yoğun bakım ünitelerinde, hemşirelere karşı hastalardan fiziksel şiddet

uygulanması, doktorlara kıyasla 2 kat fazla iken, hasta yakınlarının hemşire ve doktorlara karşı fiziksel şiddet eylemleri daha düşük olmakla beraber, yine hemşirelere karşı daha yüksek oranda meydana gelmiştir.²⁶ Alexy ve Hutchins (2006), acil birimlerde çalışan hemşirelerin, iş yerinde şiddet potansiyelinin akut şekilde farkında olabilmelerine rağmen, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, bu kurumlarda meydana gelebilecek farklı türlerde iş yeri şiddetini daha az tanıdıklarını vurgulamakta ve sağlık bakımı sunanlar olarak, kendimizin mağdur olmasını değil de, temelde şiddet mağdurlarını tedavi etmeyi düşündüğümüzü ileri sürmektedir.²

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA AMACI VE TİPİ

Sağlık kurumlarında çalışanların uğradığı her türlü şiddetle ilgili pek çok çalışma varken, yoğun bakım çalışanlarının özel olarak örneklem alındığı, şiddet deneyimleri ile ilgili hem ulusal hem de uluslar arası düzeyde çalışma sayısı oldukça azdır. Bu bağlamda, bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uğradığı/tanık olduğu psikolojik şiddetin doğasını, nedenlerini ve sonuçlarını belirlemek üzere retrospektif olarak, odak grup görüşmesi yöntemi aracılığı ile inceleyen tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Odak grup görüşmeleri, katılımcıların bireysel deneyimlerini grup ortamında aktarmaları sayesinde bireysel görüşmelerden ya da sınırlayıcı anket çalışmalarından daha zengin ve öznel görüş alışverişlerinin sağlanmasına imkan tanıyan bir yöntemdir.^{27,28}

KATILIMCILAR

Çeşitli özel ve devlet hastaneleri yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgiyi içeren bir duyuru ile belirli bir tarih ve saatte, araştırmacıların belirlediği rahat bir görüşme ortamının sağlandığı bir mekana (hastane dışı) çalışma için davet edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak sadece yoğun bakımda çalışma deneyimi yaşamış/yaşayan olmak yeterli görülmüş ve çalışmaya katılmaya istekli olan toplam 8 hemşire amaçlı örneklemi oluşturmuştur.

Amaçlı örneklem, niteliksel araştırmalarda özellikle tercih edilen çalışmanın amacına uygun zengin içerikli bilginin elde edilmesini mümkün kılan bir örneklem seçim yöntemidir.^{29,30}

Grup görüşmeleri başlamadan önce, katılımcıların bireysel ve mesleki özelliklerine ait kısa bilgi toplanmıştır: Yaş ortalaması 29.8 (min: 28-max:33) olan katılımcıların tamamı kadın ve lisans mezunu olup, yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi ortalama 7,6 yıl olarak belirlenmiştir.

VERİ TOPLAMA

Araştırma verileri odak grup görüşmesi aracılığı ile toplanmıştır. Görüşmenin yapısının, informal ve sohbet niteliğinde, her üyeye konuşma fırsatını tanıyan ve katılımcıların duygu, düşünce ve deneyimlerini ifade etmelerini kolaylaştıracak bir esneklik içerecek şekilde olmasına dikkat edilmiştir. Grup görüşmelerinde, araştırmacılar grup yöneticisi olarak görev almıştır. Görüşmelere başlamadan önce, grup yöneticileri tarafından çalışmanın amacı, yöntemi konusunda tekrar bilgi verilerek, katılımın gönüllülük temelli olduğu, kimliklerin saklı kalacağı bilgisi verilmiştir. Araştırmacılar ve katılımcıların her biri yaşı, mezun olduğu okul, mesleki deneyimi ve çalıştığı kurum gibi bilgilerle kendini tanıtmıştır. Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme materyali (Tablo 1) yardımıyla elde edilmiştir. Görüşme materyalindeki sorular, kurumlarda yaşanan şiddet olaylarının sorgulandığı (olayın doğası, nedenleri, tarafları ve sonuçları) çalışmalarda en fazla değinilen ana başlıklara uygun olarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

VERİLERİN ANALİZİ

Odak grup görüşmesi ile toplanan veriler, önce 2 araştırmacı tarafından, ayrı ayrı dinlenerek kayıt çözümlemesi yapılmıştır. Niteliksel içerik analizi uygulamak amacıyla, görüşme materyalleri araştırma amacı ve görüşme soruları doğrultusunda anlamlı birimlere ayrılmış, anlamlı birimlere kodlama (içerdiği anlamı taşıyan isimlendirme süreci) yapılmış, benzer nitelik taşıyan kodlar birleştirilerek kategoriler oluşturulmuştur.^{27,28,30,31} Bu kategoriler; psikolojik şiddet nedenleri (“fiziksel ortam”, “hiyerarşi ve yönetim”, “YBÜ’nin doğası”, psikolojik şid-

TABLO 1: Yarı yapılandırılmış görüşme materyali.

Görüşme soruları
1. Çalıştığınız ünitelerde size psikolojik şiddet uygulanıyor mu? Ya da başkalarına uygulandığına tanık oldunuz mu?
2. Size göre yoğun bakımlarda uygulanan psikolojik şiddetin nedenleri nelerdir?
3. Size göre kimler daha fazla psikolojik şiddetin uygulayıcısı, kimler mağdurlarıdır?
4. Psikolojik şiddet sonrası yaşadığınız/ yaşanan değişiklikler nelerdir?

det tarafları (“kurban”, “uygulayıcı”) ve psikolojik şiddetin sonuçları olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uğradığı/tanık olduğu psikolojik şiddetin doğasını, nedenleri ve sonuçlarını belirlemek üzere gerçekleştirilen odak grup görüşmesi sonunda 3 ana kategori belirlenmiş, bu kategorileri en iyi yansıttığı düşünülen öznel ifadelere yer verilmiştir.

PSİKOLOJİK ŞİDDET NEDENLERİ: “FİZİKSEL ORTAM”

Katılımcıların hemen hepsi diğer birimlerle iletişime olanak vermeyen, kapalı bir çalışma ortamının kendileri için psikolojik şiddet kaynağı olduğunu bildirmiştir.

“YBÜ her şeyi içinde kapalı bir kutu. Yemekhane, dinlenme, tv odamız herşey aynı yerde ve evden çok oradayız. Yeri geliyor kaçmak istiyorum oradan...”

Bir katılımcı YB ortamının yaşanan sıkıntıları dile getirme, yetkililere iletme konusunda bile kısıtlayıcı olduğundan bahsetmiştir.

“...YBÜ’de çalışanlar kimseleri tanımaz. Sadece çalışma arkadaşlarını bilir. Bir sorunun olduğunda sadece sorumlu hemşireni tanır, ona gidersin. Mesela bir sorunun vardır, şikayet edeceksin ama gidemezsin. İznin yoktur, dışarı çıkamazsın, üzerini çıkarman gerekir ve yukarı çıkasan tanımadığın bir sürü yüz vardır ve bu insanı ürkütür. Yani yoğun bakımda o insanlarla geçinmeye, o şartlarda yaşamaya mecbursun. Zaten işini bırakıp çıkamazsın, ertesi gün de zaman geçmiş olur...”

Katılımcıların hepsi YBÜ’nde çalışma şartları ve kendine özgü iş disiplininin sosyal hayatlarını etkilediğini ve istemediği davranışların gelişmesine neden olduğunu vurgulamıştır.

“YB da her şey saatle ve dakik olduğu için, sosyal hayatımda da sürekli saate bakıyorum ve hep bir şeyleri dakikasında yapma obsesyonu geliştirdim bende. Bu beni çok rahatsız ediyor, hiçbir şeye geç kalmama duygusu... sanki atlanırsa ya da gecikirse hayatı önemi varmış gibi”

“Artık asosyal oldum, sadece uyku düşünüyorum. Herkes gezerken ben uyuyorum hep...”

“Arkadaşlarım sürekli yine mi nöbetin var diyor ve bu söz artık bende baskı yapıyor, diğer bölümlerdeki arkadaşlar nöbet ertesi uyumayabilir ama biz çok yoğun çalıştığımız için uyumazsak olmuyor...”

“... işe gidip gelirken otobüslerde uyuyordum ve akbil sesini duyup, yanımdakilere “monitörü kapat” dediğim olmuştur. Beni deli sanmışlardır.”

“Eve gidince uyuyamıyorum. Sürekli monitör sesleri kafamda...”

“...Meslekten soğuyorum, eskiden sevdiğim işleri artık yapmak istemiyorum. Hem hemşireliği hem yoğun bakımda çalışmayı seviyorum aslında ama artık o ortama maruz kalmamak için gitmek istemiyorum.24 saatlik nöbet istiyorum. Bu performans açısından kötü ama o ortama gidince saatimi doldurayım ve bi daha gelmeyeyim istiyorum. Geçen bir çalışma okudum güneş ışığı görmemeye bağlı D vitamini eksikliği ve klimalı ortamda çalışmaya bağlı kilo alımları oluyormuş, o kadar yani...”

Yoğun bakım ünitelerinin dış çevreye kapalı servisler olması, hastalar dışında diğer insanlarla iletişimi neredeyse olanaksız kılması, genelde iş merkezli bir bakım hizmetinin sunulması, yaşamı tehdit edici kriz durumlarının fazlalığı, karmaşık teknolojik yapısı, acil karar verme sorumluluğu, aşırı uyarıcı çevre, hareketlilik ve gürültü fazlalığı ve sosyal yaşamı kısıtlayacak nitelikte ağır çalışma koşulları bir süre sonra hemşirelerde iş doyumsuzluğunun yaşanmasına neden olmaktadır.^{25,32,33} İş doyumsuzluğu nedeni olarak vurgulanan bu olumsuz şartların ilgili yöneticilere iletilmesi konusunda bile kısıtlılık his-

sedilmesi ya da koşulların düzenlenmesi konusunda gerekli desteğin görülmemesi bizim örneklemimizi oluşturan hemşireler tarafından dolaylı olarak psikolojik şiddet nedeni olarak yorumlanmıştır. Benzer biçimde Dunn (2003) ameliyathane hemşirelerinde psikolojik şiddeti araştırdığı çalışmasında, çalışma şartları ve ortamla ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri olan hemşirelerin daha fazla psikolojik şiddete maruz kaldıklarını bildirdiğinden bahsetmiş ve çalışma koşullarının ve fizik şartların insanların hem kendi davranışlarını etkilediğini hem de başkalarının davranışlarını algılamalarını etkilediğini savunmuştur.³⁴ Yine Mc Millan (1995) da işyeri çevresi ve koşullarının şiddete izin verdiğini ve engelleyici olmadığını ifade etmektedir.³⁵

PSİKOLOJİK ŞİDDET NEDENLERİ: “HİYERARŞİ VE YÖNETİM”

Katılımcılar, hak etmediklerine inandıkları, yeterliliği olmayan kişilerin yönetici olarak atanmalarının ekip içi sorunlara neden olduğunu ve bu tarz yöneticilerin kendilerine psikolojik şiddet uyguladığını ifade etmiştir.

“Tecrübeli ya da lider özellikleri olan kişilerden ziyade torpili olanlar yönetici yapılıyor. Onlar da etraflarına yaranmak için doktor ne derse yapayım diyor. Koltuk korkusu... Hocalar da bunların başındaki böyle yaparsa diyor ve onun altında çalışanları değerli görmüyor...”

“Ben konusunda araştırma yaptım ve bir öneri getirdim mesela ve sorumlu hemşirem hemen hayır dedi. Neden? Sırf ben dedim diye. Hasta için artılarını hiç düşünmeden”

“...benim sorumlumun eğitimi benden düşük mesela. Ama o kadrolu olduğu için sorumlu yapıldı. Benim söylediğim bazı şeyleri sanki kendi fikriymiş gibi yansıtıyor ve beraber yaptığımız bir işi ben yaptım diye söylüyor başhemşireye”

“Sorumlum bana mobbing uyguluyor. Her şeyimi kontrol ediyor. Sabah gelir gelmez ilk işi benim dosyamı ve dolabımı kontrol ediyor, beni kontrol edebilecek beceride de değil ama başhemşire ve hoca böyle istiyor diye benim üzerimde baskı kurmaya çalışıyor. Bana izin vermiyor mesela... Yönetici kimliğini kullanarak bana şiddet uyguluyor.”

Dede ve Çınar (2008) yoğun bakım ünitelerinde klinik işlevlerin izlenme ve denetlenmesinin kaliteli bakımda öneminin yadsınamaz olduğunu ancak bunun uygun sıklıkta ve uygun eğitim alan, liderlik özelliklerini taşıyan yöneticiler tarafından yapılması gerektiğinden bahsetmektedir.³³ Uygun eğitim ve deneyime sahip olmayan, liderlik özellikleri bulunmayan kişilerin yönetici olmaları sadece yoğun bakım ünitelerinde değil, malesef tüm çalışma alanlarında ciddi bir psikolojik şiddet nedeni olarak bilinmektedir.

Katılımcılar YBÜ'nde "kıdem" dedikleri iş tecrübesiyle ilgili hiyerarşik yapının önemli bir psikolojik şiddet aracı olduğundan bahsederek meslektaşların birbirlerine uyguladığı psikolojik şiddet(horizontal) örnekleri vermiştir.

"...YB'da biri senden kıdemliyse o kişinin dediği kesindir, nettir, değişemez bir gerçektir. Önce kıdemliler yemeğe gider, kıdem sırasına göre sonra diğerleri. Ben işe başladığım ilk gün aç kalmıştım. Yeni başlayanların acıkabileceği kimsenin aklına gelmez... Kıdemlin çay içmeden sen içemezsin, sırayı bozamazsın. Sonra sen üst kidede geçince de rahatlar ve altındakini ezmeye başlarsın."

"...Şimdilerde kıdem artık yok. Yeni gelenler bu ne deyip istifa ediyor..."

"Yeni başladığımda öyle tedirgin çalışıyordum ki... hata yapsan 1. Hastaya zarar vereceğim, 2. Rezil olacağım ve 3. Kıdemlimden azar işiteceğim. Halbuki lisans mezunusun, bir özrü yok ama sana özürliymişsin gibi hissettiriyorlar kendini... Bence YBÜ insanların öz güvenlerinin hem pik yaptığı hem de çok baskılandığı yerler."

"... yeni başlayanlara her şeyi anlatıyorum, bilsinler diye... ama arkadaşlarım bana "öf yine mi başladın" diyorlar. Ne meraklısın diyerek beni aşağılıyorlar. Öğretmek istemiyorlar. Halbuki bir süre sonra o kişi hata yaptığında kıdemli olarak sen sorumlu tutuluyorsun iyi öğretmemişsin diye..."

Her iş kolu için önemli olan mesleki deneyim, tıp ve hemşirelik gibi ezoterik yapıları mesleklerde ve bu meslekler içerisinde de daha özel beceri ve deneyimin daha kıymetli olduğu cerrahi bilimlerde ve yoğun bakım alanlarında daha fazla öneme sahiptir. Sadece işlerin organizasyonu sınırlı kal-

ması gereken bu deneyime dayalı hiyerarşi zamanla kişilerin ve ekip üyelerinin birbirleri üzerinde güç gösterisi için bir "araç" haline dönüşebilmekte ve dolayısıyla bu gizli hiyerarşik yapı özellikle horizontal şiddet için uygun bir zemin yaratmaktadır. Horizontal şiddet bir meslektaştan diğer meslektaşına yönelik şiddeti tanımlamaktadır ve klinik ortamlarda hemşireler arasında en fazla yaşanan şiddet türüdür.^{36,37} Farrell (1999) hemşirelerin en fazla doktorlar tarafından şiddete uğradığını ancak hemşirelerin kendi meslektaşlarından olan saldırıları daha stres verici bulduklarını ifade etmiştir.²³ Mc Millan (1995), Erickson, Williams-Evans (2000) ve Hughes (2003) hemşirelerin işyerinde şiddet kültürünün yaygınlaşmasında rolü olduğunu ve deneyimlilerin yeni başlayanlara uyguladığı şiddeti normalleştirerek, işyeri kültürünün bir parçasıymış gibi algıladıklarını bildirmiştir.^{35,38,39} Bizim çalışmamızda da hemşirelerin tanımladığı "kıdemli" olma ve kıdemlinin diğerleri üzerindeki güç gösterisi, tam olarak şiddetin işyeri kültürünün bir parçası olarak görülmesinin açık ifadesi olarak yorumlanmıştır.

Katılımcılar tarafından doktorların bir ekip üyesi değil bir yönetici gibi davranmalarının yarattığı psikolojik baskı vurgulanmıştır.

Bir katılımcı bir doktorla ilgili yaşadığı kötü bir anıyı anlatarak şunları ifade etti "doktor bana bağırıyor, "bunu nasıl yaparsın!, ya hastaya bişey olursa"... O esnada gerçekten hastaya verebileceğim zararı düşündüm ve bir taraftan doktor bas bas bağırıyor. Aslında ortada hata falan yokmuş ve doktor bunu bilerek yapıyor. Yani üstün olduğunu göstereceğini diye..."

"Bir hata olduğunda mesela doktor bunu direkt sana söylemiyor. Ortalıkta bağırıyor ya da gidip sorumluya şikayet ediyor. Sorumlu da gelip sana bağırıyor. Arkadaşlarının yanında mahcup oluyorsun, sanki işini yapmıyormuşsun gibi..."

"Bir doktorumuz mesela bir arkadaşımızın üstüne çok gidiyordu, O'na yüksek sesle emredip hakaret ediyordu"

"...bir doktorla mesela bilimsel bişey konuşmaya kalktığında "boşver bunları" diyor ya da "sen bilir miydin bunları?" diyerek aşağılıyor. Biz-

den fazla bilgili olmamızı beklemiyorlar ve böyle bir durum karşısında da hemen bizi aşağılıyorlar.”

“... bir doktor mesela lakayd davranıyor ve mesafe koyuyorsun. Bu sefer hemen tavır değişiyor ve yap, et başlıyor, tavırlar sertleşiyor.”

“bir nöbette doktor hasta olmayan yataktan da rutin istemişti, ben de doktor bey boş yatağa da istek yazmışsınız, gelecek hasta için mi diye espri yapmıştım. Bana döndü ve sen kim oluyorsun?, ve böyle bişeyi bana nasıl söylersin? diyerek üstüme yürüdü.”

Klinikte yaşanan çatışma durumlarında yöneticilerin ilgili kişi ile konuşarak sorunu çözme yerine ortalıkta bağırma, başkalarının yanında azarlama ve küçük düşürme girişimleri en sık görülen psikolojik şiddet uygulamalarındandır.^{14,34} Bir de bu davranışların yönetici olmayan, ekip üyesi doktorlar tarafından gerçekleştirilmesinin çatışma arttırıcı bir faktör olacağı düşünülmektedir.

PSİKOLOJİK ŞİDDET NEDENLERİ: “YBÜ’NİN DOĞASI”

Katılımcılar YBÜ’nde acil girişim gerektiren durumların fazlalığı ve buna bağlı görev ve sorumluluklarda yaşanan karmaşanın psikolojik şiddet aracı olarak kullanımından bahsetmiştir.

“... ben yetkim olmadığı halde acil bir işlem yaptığımda, asistanlar hemen daha ben yapmadım, O neden yapıyor? diye şikayet ediyorlar ama kendilerinin yapmaları gereken (mesela CVP takibi) bazı işleri bize yıkmaya çalışıyorlar.”

“mesela bir hastada acil bir müdahale gerekti... Doktor arıyorsun yok. O esnada işlemi biliyorsan bu benim işim değil deyip bırakamazsın ki. Zaten yapmazsan doktor kızıyor neden müdahale etmedin diye, yapsan deniyor ki senin yetkin yok, senin işin değil...”

Çalışmalar ekip içinde yaşanan çatışmaların tükenme belirtilerini arttırdığını ve tükenme gösteren çalışanların da diğerlerinin davranışlarını olumsuz olarak değerlendirme olasılığını arttırdığından bahsetmektedir.^{34,40} Katılımcılar ekip üyeleriyle yaşadıkları görev ve yetkiyle ilgili çatışmalar sonunda kendilerini daha değersiz ve yetkisiz hissettiklerini bildirmişlerdir. Bu değersizlik duygusunun yaşanmasına neden olunan kişiler bir süre

sonra hemşireler tarafından psikolojik şiddet uygulayıcıları olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların bildirdiği görev ve yetki konusunda yaşanan çatışmalar, sadece ekip içindeki sorunları değil, aynı zamanda etik açmazları da beraberinde getirmektedir.

Bazı katılımcılar da bir ceza yöntemi olarak yoğun bakımda çalıştırma biçiminde yaşatılan psikolojik şiddete vurgu yapmıştır.

“Bir sürü insan geldi, gitti ama biz hep buradayız. Neden diye sorulduğunda siz iyi çalışıyorsunuz diyorlar ama aslında yöneticilerle fikirleriniz uyuşmuyorsa sizi orada özellikle çalıştırabiliyor. Sesinizi çok fazla duymamak için yani.”

“...adı yoğun bakım işte, yoğun çalışsın sesi çıkmasın diye...”

“Bazı kişileri akli başına gelsin diye yoğun bakıma rotasyona gönderiyorlar”

Mesleki günlük pratikte yoğun bakım çalışanlarının sıkça gündeme getirdiği YBÜ’nde çalışmanın bir ceza yöntemi olarak algılanmasına ilişkin bir veriyi içeren herhangi bir literatür bilgisine rastlanmamıştır. Bu durum öznel deneyimlerin konunun tüm yönleriyle anlaşılmasında ne kadar kıymetli olduğunun göstergesi olduğu biçiminde yorumlanmıştır.

Bir katılımcı yoğun bakımın doğasında varolan ölümcül hastaya bakım vermenin yarattığı zorlukların dolaylı olarak psikolojik şiddet nedeni olabileceğinden bahsetmiştir.

“Öylesine kapalı ve ölümlü burun burunayız ki, ölümlü yüzleşmemek için birbirimize sarıyoruz. Duygusal anlamda çok zor hastalarımız var ve belki de işte ölümlü düşünmemek için ne bileyim birbirimize kötü davranabiliyoruz. Ölümden uzaklaşmak için hayattakilere işte...”

Sadece bir katılımcının yapmış olduğu bu değerlendirme hemşirelerin davranışları konusundaki farkındalık açısından çok değerli bir katkıdır. Çalışma ortamının kendi özelliklerinin çalışanlar üzerinde yarattığı psikolojik hasar konusundaki bu derin içgörü araştırmacılar tarafından kıymetli bir farkındalık olarak yorumlanmıştır. Ölümcül hastaya bakım vermenin zorlukları çok fazladır. Lite-

ratürde sağlık çalışanlarının, ölümcül hasta ile yüz yüze gelmekten korktukları, kayıp, kontrol ve kendi ölümleri ile yüzleşmeyle ilgili duygularla baş edebilmek için çeşitli savunmalar geliştirdikleri bildirilmektedir. En sık kullanılan savunmalardan bazıları hastadan kaçmak, hastaya eşya gibi davranmak, hastayla konuşmaktan kaçınmak, hasta ve ailesiyle duygusal iletişimden kaçınmak, sürekli meşgul görünmek, karşılıklı konuşmayı kontrol altında tutmak için bazı şeyleri duymazlıktan gelmek ve hastanın tedavi sürecinde pasif kalıp, pratik günlük sorunlara odaklanmak olarak sıralanabilir.^{41,42}

KİMLER KURBAN? KİMLER UYGULAYICI?

Psikolojik şiddet uygulayıcısı olarak saldırgan kişilik yapısında olanlar, doktorlar, deneyimli hemşireler, eğitimi az olanlar, az maaş alanlar daha öne çıkarken, özgüveni düşük olanların daha fazla mağdur edildiği ifade edilmiştir. Bazı katılımcılara göre, cinsiyetin gerek şiddeti uygulayan olma, gerekse şiddetin hedefi olma açısından ayrırcı yönüne de işaret edilmiştir.

“Bence cinsiyet fark etmiyor, saldırgan kişilik yapısında olanlar, daha önce benzer deneyim yaşamış olanlar özgüveni az olanlara uyguluyor.”

“Özel hayatında sorunu olanlar özgüveni az olanlara uyguluyor”

“Kendini yetersiz hissedenler diğerleri üzerinde ego tatmini sağlıyor”

“Kadınlar kadınlara uyguluyor. Mesela kadın doktorlar hemşirelere daha kötü davranırken erkek sağlık memurlarına asla kötü davranmıyor”

“Erkek sağlık memurlarına istediği nöbetler yazılıyor ama hemşirelere yok”

“Kadınların daha az olduğu branşlarda olan kadın doktorlar hemşirelere daha fazla uyguluyor”

“Kadın doktorlar özel durumlarını işe daha çok yansıtıyorlar. Ama erkek doktor kadın hemşire olunca o zaman kadınlardan kaynaklanan sorun olmuyor orada mesleki statü devreye giriyor. Erkek doktorlarla erkek hemşireler arasında ahbablık ilişkisi oluyor ve pek sorun olmuyor”

Bizim sonuçlarımıza benzer olarak Özen Çöl'ün (2008) çalışmasında da sağlık çalışanları içe-

risinde en fazla mağdur edilen grubun hemşireler olduğu vurgulanırken, hemşirelere en fazla psikolojik şiddet uygulayan grubun da doktorlar ve yöneticiler olduğu sonucu bulunmuştur.¹⁸ Kanada'da farklı kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada yoğun bakımda çalışanların en fazla uğradığı şiddet türü hemşirelerin hemşirelere uyguladığı psikolojik şiddet olarak belirlenmiştir.²² Yine Yıldırım ve Yıldırım (2007) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da hemşirelere yönelik psikolojik şiddetin ilk sıradaki uygulayıcısı yöneticiler sonrasında kendi meslektaşları yani hemşireler ve üçüncü sırada doktorlar bulunmuştur.¹⁴

Katılımcılar sosyal hayattaki statülerin iş yaşamını etkilediğini, bekar ve çocuksuz olanların “gözden çıkarılabilir” eleman olarak görüldüğünü ifade etmiştir.

“Evlisən bir statü athyorsun, hele bir de çocuk doğurursan artık ayrıcalıklar başlıyor ve biz bekarlar hep en kötü muameleyi görüyoruz.”

“...bizde hizmetiçi eğitim hemşiresi var mesela sorumlular bile nöbet tutarken onlar tutmuyor. Neden? Çocukları varmış. Çocuk doğurunca başka işler veriliyor hasta bakmıyorlar.”

“İzolasyon odasına mesela bekar biri bakıyor. Yani hastalık bulaşacaksa ona bulaşsın diye”

Son derece ilginç bir veri olan sosyal yaşamdaki statülerin psikolojik şiddet nedeni olarak algılanması durumundan bahseden herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Toplumsal yapılanma içindeki her statünün, inceleme altındaki kavramı kendi açısından etkileme olasılığının varolduğu ve burada belirlenen duruma dair objektif değerlendirmeler yapılabilmesinin, daha sonraki çalışmalarda yeniden ele alınmasıyla mümkün olacağı düşünülmektedir.

PSİKOLOJİK ŞİDDETİN SONUÇLARI

Katılımcılar kendilerine uygulanan psikolojik şiddet sonucunda bıkkınlık, işten keyif almama gibi gibi tükenme belirtileri yaşadıklarından bahsettiler.

“Fikrimi söylersem sonrasında benden rövanş alındığı (izin vermeyerek) ve burnumdan getirildiği için artık öğrendim fikrimi söylemiyorum. Ses-

siz kalıyorum. Çünkü bu durumu başhemşireliğe bildirdim ve seni nereye isterse çeker sen 4-b'lisin dedi. İş dışında hiç iletişim kurmuyorum”

“... bunları hak etmiyorum diye düşünüyorum ve bıkkınlık yaşıyorum”

“ Önceden ağlıyordum ama şimdi sadece robot gibi çalışıyorum”

“... kendimi suçladım, neden ben dedim...”

“...işe gitmek istemiyorum, tükendim, sadece saatimi doldurmak için çalışıyorum. Böyle kapalı birimlerde insanlar uzun süre çalıştırılmamalı”

Alex ve Hutchins (2006) de psikolojik şiddet sonrası korku, tükenme, anksiyete, depresyon, akut ve post travmatik stres bozukluklarının gelişiminden bahsederken, Nabb (2000) şiddet sonrası hemşirelerin demoralize olduğunu, işlerine karşı tutumlarının ve performanslarının değiştiğini rapor etmektedir.^{2,43} Ayrıca Aksu ve Akyol (2010) da hemşirelerin psikolojik şiddet sonrası en fazla psikolojik olarak etkilendiklerini, fiziksel ve sosyal etkilenmelerin daha az olduğunu, ayrıca işe karşı olumsuz tutumlar geliştirildiğini ileri sürmektedir.²⁵

SONUÇ

Bu çalışma sonunda yoğun bakım hemşireleri, YBÜ'nin diğer birim ve yöneticilerle iletişime ola-

nak tanımayan kapalı ve kısıtlayıcı çalışma ortamının, ağır çalışma koşulları ve kendine özgü iş disiplininin, deneyime dayalı gizli hiyerarşik yapının, diğer bölümlere göre daha sık yaşanan görev ve yetki karmaşasının kendileri için psikolojik şiddet nedeni olduğunu bildirmiştir. Ayrıca psikolojik şiddet uygulayıcılarının daha ziyade saldırgan kişilik yapısında olduğu, meslek olarak doktorların ya da eğitimi ve maaşı düşük ancak deneyimi fazla olan hemşirelerden oluştuğu, özgüveni düşük olanların daha fazla mağdur edildiği vurgulanırken, psikolojik şiddete uğrayanların yaptıkları işten soğuma ve tükenme belirtileri gösterdikleri sonucu bulunmuştur.

Bu çalışma sonuçları 8 yoğun bakım hemşiresinin psikolojik şiddet deneyimleri ya da konuyla ilgili duygu, düşünce ve inançları ile sınırlıdır, genellenemez. Az sayıda hemşirenin duygu ve düşüncelerini içermesine rağmen öznel yaşantı ve düşünceleri içermesi bakımından ayrı bir öneme sahiptir. Bu çalışma sonuçları göz önünde bulundurularak, YBÜ'nin çalışma koşulları, ekip iletişimi ve ilişki dinamikleri ve fizik ortamının çalışanların ruhsal sağlığı açısından tekrar gözden geçirilmesi ve çalışanların hem beden hem de ruh sağlıklarının korunması amacıyla düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55(6):778-787.
- Alexy EM, Hutchins JA. Workplace Violence: A Primer for Critical Care Nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006; 18(3):305-312.
- Açık Y, Deveci SE, Güneş G, Gülbayrak C, Dabak S, Saka G. ve ark. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med* 2008;58(5): 361-366.
- ILO/ICN/WHO/PSI. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002.
- Zapf D, Gross C. Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2001;10(4):497-522.
- Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008;50:288-293.
- Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1442-56.
- Kingma M. Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. *International Nursing Review* 2001;48:129-130.
- Rippon T. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(2):452-460.
- Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(2):114-121.
- Dalphon D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 26(2):105.
- Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(3): 230-240.
- Leyman H. Mobbing and psychological terror at workplaces, *Violence and Victims* 1990;5 (2):119-126.
- Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses, *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(8): 1444-53.
- Salin D. Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003;56(10): 1213-32.
- Demirel Y, Yoldaş MA. Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan psikolojik yıldırma davranışlarının Türkiye ve Kazakistan açısından karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2008; 5 (2).

17. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I & Santos O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health* 2003;1:1-11.
18. Özen Çöl S. İşyerinde psikolojik şiddet: hastane çalışanları üzerine bir çalışma, *Çalışma ve Toplum* 2008;4:107-134.
19. Öztunç G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *J Nurs Care Qual* 2006; 21(4):360-365.
20. Williams ML, Robertson K. Workplace violence: Prevalence, prevention and first line interventions. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1997;9(2): 221-228.
21. Drudy T. Recognizing the Potential for Violence in the ICU, *Dimensions of Critical Care Nursing* 1997;16(6):314-323.
22. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K. et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Health Policy* 2003;63(3): 311-321.
23. Farrell G. Aggression in clinical settings: nurses' view a follow up study. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(3):532-541.
24. Vessey JA, Demarco RF, Gaffney DA, Budin WC. Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing* 2009;25(5): 299-306.
25. Aksu T, Akyol A. Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal tacize maruz kalma durumlarının incelenmesi, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2011;3(1):29-37.
26. Lynch J, Appelboam R, McQuillan PJ. Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Anaesthesia* 2003;58(9):893-89.
27. Morgan DL. Conducting and analyzing focus group. *Focus Groups as Qualitative Research*. 2nd ed. California: Sage Publication Ltd; 1997.
28. Mc Laferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(2):187-194.
29. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 2000; 23(4): 334-340.
30. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(1): 107-115.
31. Krueger RA, Casey M. Focus groups: Analyzing focus group results. *A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. California: Sage Publication Ltd; 2000.
32. Akbal-Ergün Y, Özer Y, Batlaş Z. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeyleri ve stresin hemşireler üzerindeki etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001;5(2): 70-79.
33. 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.
34. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room, *AORN Journal* 2003; 78(6): 977-988.
35. Mc Millan I. Losing control, *Nursing Times* 1995;91(15):40.
36. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing* 2000;9(4): 602-610.
37. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 2002;10:13-20.
38. Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing* 2000;26(3): 210-215.
39. Hughes A. Being bullied: What an insight. *British Journal of Perioperative Nursing* 2003;13(166-168): 171-173.
40. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Barnes NK, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007;175 (7): 698-704
41. Keser Özcan N. Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı, Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Edit: F. Ay. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007
42. Özmen M. Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda aktarım ve karşıaktarım, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1):72-79
43. Nabb D. Visitors' violence: the serious effects of aggression on nurses and others, *Nursing Standart* 2000; 14(23):36-38.

Nazokomiyal Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı

Nasocomial Pneumonia and Nursing Care

Dr. Besey ÖREN^a

^aİstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 13.10.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 10.04.2012

Bu makale, I. Ulusal Göğüs Cerrahisi Hemşireliği Sempozyumu [“Göğüs Cerrahisinde Palyatif Bakım Gereksinimleri” (29 Nisan 2011, Antalya)]’nda oturumunda sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Besey ÖREN
Demirkapı Cad. Karabal Sok.
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi Bahçesi, 34740,
Bakırköy, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
besey_oren@yahoo.com

ÖZET Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ)’nde oluşan hastane infeksiyonları, tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Nazokomiyal pnömoniler yoğun bakım ünitelerinde belirlenen ve mortalitesi en yüksek infeksiyonlardır. Her üniteye nazokomiyal enfeksiyon etkenleri, risk faktörleri ve oranları farklılıklar gösterir. Hastanelerdeki bakım kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilen nazokomiyal enfeksiyonlar, hastanın yoğun bakımdaki ve hastanedeki yatış süresinin uzamasına, morbidite, mortalite ve tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Hastaneye yatan hastaların sadece %5-10’u yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmesine karşın, tüm nazokomiyal enfeksiyonların %20-25’i bu ünitelerde gelişmektedir. Yoğun bakım hemşireleri nazokomiyal enfeksiyonların önlenilebilir olduğunun bilincinde olmalı, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili tüm dünyada kabul edilen üniversal önlemler konusunda güncel bilgilere sahip olmalı, bu bilgileri uygulama ile pekiştirerek hastalara en etkili bakımı vermelidir. Bu makalede nazokomiyal pnömoni tartışılarak; korunma ve hemşirelik bakımı üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, korunma, nazokomiyal pnömoni, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Nasocomial Infections (NI) occurred in Intensive Care Units (ICU) have become a serious health problem in the worldwide. Nasocomial pneumoniae are the infections which frequently detecting and having the highest mortality rate in intensive care unit (ICU). Causative agents, risk factors and ratios of nasocomial infections are different in each ICU. Nosocomial infections which are considered as the primary indicator of the quality of care in hospitals, cause to prolong hospitalization at intensive care unit and hospital, to increase morbidity, mortality, and the cost of treatment. Although only 5-10% of the patients are treated in the intensive care units, 20-25% of all nosocomial infections are seen in these units. Intensive care nurses should be aware that the nasocomial infections can be prevented. They should have current knowledge about universal precautions related to prevention and control of infections, which are accepted by the entire world and they reinforce this knowledge by practice and should provide the most effective care to patients. In this article, discussing the nasocomial pneumonia and nursing care focused on the protection.

Key Words: Nursing, protection, nasocomial pneumonia, intensive care unit

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):55-60

Nazokomiyal Pnömoni ya da Hastanede Gelişen Pnömoni (HGP); genellikle hastaneye yatıştan 48 saat sonra gelişen ve hastanın yatışında inkübasyon döneminde olmadığı bilinen pnömoni olguları ile, hastaneden taburcu olduktan sonraki 48 saat içinde ortaya çıkan pnömoni olarak tanımlanır. Ventilatörle İlişkili Pnömoni (VİP) ise; Entübasyon sırasında pnömonisi olmayan, invaziv mekanik ventilasyon desteğindeki hastada entübasyondan 48 saat sonra gelişen pnömonidir.^{1,2}

Görülme Sıklığı: Pnömoniler, hastaneye yatan hastalar arasında %0.5-2 oranında görülür, tüm hastane enfeksiyonlarının %15-20'sini oluşturur, buna karşın hastane enfeksiyonu sonucu gelişen ölümlerin yaklaşık %60'ına neden olur.^{3,4} Dünyada hastane enfeksiyonları içindeki HGP oranı %15 düzeyinde bildirilirken, ülkemizdeki veriler %11-30 arasında olduğunu göstermektedir.^{2,5-7} Ancak hastanın hastanede bulunduğu kliniğe göre nazokomiyal enfeksiyonun sıklığı değişebilmektedir. Yoğun bakım birimlerinde tedavi edilen hastalarda HGP görülme sıklığı 5-10 kat fazla olup ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bu oran 20 kata ulaşmaktadır.⁸ YBÜ'lerde yatan hastalarda gelişen enfeksiyonların yaklaşık olarak %25'ini HGP'ler oluşturmaktadır.^{9,10} Yoğun bakımda 48 saatten daha uzun kalan hastalarda enfeksiyon oranı %30 olarak bildirilmektedir.¹¹ Farklı araştırma sonuçlarına göre ventilatör tedavisi gören hastaların %28-85'inde VİP gelişebilmektedir.^{2,10,12} HGP oranı 1000 hasta başvurusunda 5-10 olgu olarak görülmekteyken, bu oran mekanik ventilatöre bağlı hastalarda 6-20 kat oranında artmaktadır.³ Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda pnömoni gelişme riski, hastaların ventilatöre bağlı kaldığı oranda artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, bu riskin ventilasyonun ilk günlerinde en yüksek olduğu ve gelişme sıklığı, ventilasyonun ilk beş gününde ortalama günlük olarak %3 oranında, 5.-10. günler arasında günlük %2 oranında ve daha sonraki günler için %1 olduğu bulunmuştur.¹³

Hastanede gelişen enfeksiyonlar arasında en sık mortalite nedeni pnömonilerdir. Ülkemizde HGP saptanan olgularda kaba mortalite oranı %30-87 arasında değişmektedir. Nazokomiyal pnömonide en yüksek mortalite hızı endotrakeal veya trakeostomi tüpü olan ve yapay solunum uygulanan hastalarda ortaya çıkmaktadır.¹⁴ Bu hastalığa bağlı olarak hastanede kalma süresi ortalama olarak yedi-dokuz gün uzamakta ve dolaylı olarak hastane maliyeti artmaktadır.^{3,4}

Pnömoniler gelişme zamanına göre de sınıflandırılabilir. Hastaneye yatışın ilk dört gününde gelişen pnömoniler erken başlangıçlı pnömoni, beşinci gün ve daha sonrasında gelişenler ise geç başlangıçlı pnömoni olarak adlandırılmaktadır. Erken başlangıçlı pnömoniler genellikle toplum kökenli ve di-

renç oranları daha düşük mikroorganizmalarla gelişirken, geç başlangıçlı pnömoniler daha çok çoklu ilaç direncine sahip mikroorganizmalarla gelişmekte ve bu hastalarda mortalite ve morbidite erken başlangıçlı pnömonilere nazaran daha yüksek olmaktadır. VİP gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri arasında altta yatan akciğer hastalığının varlığı, sepsis, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), nörolojik hastalık, travma ve daha önceki antibiyotik kullanımı sayılmaktadır. Pnömoniye bağlı kaba mortalite oranı %30-70 arasında değişmektedir. VİP'li hastalarda ise bu oranın %15-70 arasında değiştiği bildirilmektedir.^{3,4}

PATOGENEZ

Hastanede gelişen pnömonilerde genellikle hastaneye yatışın ilk 48 saatinde, hastanın normal üst solunum yolları florasının hastanedeki dirençli mikroorganizmalar ile yer değiştirmesi ve bu mikroorganizmaların aspirasyonu söz konusudur. HGP'nin oluşumunda bakteriler alt solunum yollarına başlıca üç yolla ulaşmaktadır.²

1. Orofarenkste kolonize mikroorganizmaların aspirasyonu
2. İnhalasyon
3. Hematojen yayılım

ETİYOLOJİ

Hastanede gelişen pnömonilerde, çoğunlukla hastanın endojen florasına ait mikroorganizmalar etkenidir. Bu etkenler hastaneye yatış sırasında hastanın orofarinksinde mevcut olabileceği gibi, hastaneye yatış sonrasında kolonize olan dirençli hastane bakterileri de olabilir. Erken pnömonilerde temel etkenler *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus*'tur. Geç pnömonilerde ise %55-85 oranıyla ilk sıralarda *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.* gibi gram- negatif etkenler yer alırken, gram-pozitif koklar; özellikle de *S. Aureus* olguların %20-30'unda etken olarak görülmektedir.^{2,4,15} Ülkemizde elde edilen sürveyans verilerine göre yoğun bakım enfeksiyonlarının yaklaşık %5-10'unda etken olduğu saptanan *S.aureus* suşlarının %60-95'ini metisiline dirençli suşlar oluştur-

maktadır. Diğer gelişmekte olan ülkelerde de benzer sonuçlar söz konusudur.^{2,4,16} HGP ve özellikle VİP'lerde birden fazla etken söz konusu olabilir.²

RİSK FAKTÖRLERİ

HGP'lerde rol oynayan risk faktörleri 3 grupta toplanabilir.^{2,4,15}

HGP GELİŞİMİNE YOL AÇAN RİSK FAKTÖRLERİ

Hastaya bağlı risk faktörleri (koma, malnütrisyon, uzun süre hastanede kalma, sigara, ileri yaş vb.), enfeksiyon kontrolü ile ilişkili risk faktörleri (enfeksiyon kontrolü ile ilgili kurallara uyulmaması, uygun olmayan antibiyotik kullanımı), girişimlere bağlı faktörler (Medikal tedaviye bağlı risk faktörleri – Sedatifler, kortikosteroid vb. ve invaziv girişimlere bağlı risk faktörleri; torakoabdominal cerrahi gibi), etkene ait faktörler (çok ilaca dirençli bakteri).

HGP'DE MORTALİTEYİ ARTTIRAN RİSK FAKTÖRLERİ

HGP'de çok ilaca dirençli mikroorganizmalarla etken olarak karşılaşılmasında rol oynayan risk faktörleri: HGP'nin uygun olmayan antibiyotikle tedavisi, daha önceki antibiyotik kullanımı, pnömoni gelişmeden önce hastanede yattığı süre veya yoğun bakımda kalma, uzamış mekanik ventilasyon, yüksek riskli patojenlerle enfeksiyon (*P. Aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *S. aureus* (metisiline dirençli) MRSA, Multilober ve/veya bilateral pulmoner infiltratlar, altta yatan hastalığın ağırlığı, ağır sepsis/septik şok, multiorgan disfonksiyon sendromu, ileri yaş (>65), solunum yetersizliğinin ağırlaşması.

3. YÜKSEK RİSKLİ ÇOK İLACA DİRENÇLİ BAKTERİLERLE HGP GELİŞİMİNE YOL AÇAN RİSK FAKTÖRLERİ

(*P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *S. maltophilia*, MRSA,) Son 90 gün içerisinde antibiyotik kullanımı, hastaneye yatışın 5. günü veya sonrasında pnömoni gelişmesi, toplumda ya da hastanın tedavi edildiği birimde yüksek antibiyotik direnci olması, bağışıklığı baskılayıcı tedavi ve/veya hastalık olması.

TANI

HGP sık görülmesine rağmen tanı koymak oldukça zordur. Tanı genellikle şüphelenme sonucu kon-

maktadır. Yapılan çalışmalarda klinik olarak VİP tanısı konulan hastaların %50'sinde VİP bulunmazken, gerçekten VİP'li olan hastaların yaklaşık olarak 1/3'üne tanı konulmadığı bildirilmiştir.^{4,17} Tanı zorluğu beraberinde gereksiz antibiyotik kullanımını ve bunun sonucunda da antibiyotiklere dirençli bakteri enfeksiyonu riskini, toksisitede ve tedavi maliyetinde artışı getirmektedir. HGP'lerde hastanede kalış süresinin uzadığı ve hastane maliyetlerinin 4-5 kat arttığı bildirilmektedir. VİP gelişmesi mekanik ventilasyon süresini ortalama 10 gün, yoğun bakım biriminde kalış süresini ise 6.5 gün uzatmaktadır. Bu nedenle doğru tanının konulması ve antibiyotik tedavisinin zamanında ve uygun olarak başlanması önemlidir. Tanı koymada "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)" tanı kriterleri kullanılmaktadır.^{2,4,18}

Akciğer grafisinde yeni ya da ilerleyici infiltrasyon saptanan hastada aşağıdakilerden iki veya daha fazlası varsa HGP düşünülmelidir.

- >38 °C ateş,
- Lökositöz ya da lökopeni,
- Pürülan sekresyon,
- Oksijenizasyonda azalma,

Ayrıca HGP düşünülen olgularda dikkatli bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

TEDAVİ

HGP altta yatan sebepleri, etiyoloji ve gelişen komplikasyonları nedeniyle homojen bir hastalık değildir. Erken ve uygun olarak başlanan ampirik tedavi, hastaların prognozunda en önemli faktördür. HGP'nin erken veya geç dönemde olması, altta yatan risk faktörleri ve pnömoninin ağırlığı ampirik tedaviyi biçimlendirir. Ampirik tedavinin düzenlenmesinde her birim, kendi mikrobiyolojik verilerini temel almalıdır. Erken ve uygun tedavi yaklaşımı mortalitenin azaltılmasında etkilidir. Bu nedenle en kısa sürede tanının oluşturulması ve etiyolojik tanı için gereken örnekler alındıktan sonra uygun ampirik tedavinin derhal başlanması gerekir. HGP hasta gruplarının çeşitliliği, etkenlerin ve antibiyotik duyarlılıklarının hastaneler/birimler arasındaki farklılığı nedeni ile standart tedavi yaklaşımı mümkün olmamakta, her grup hasta için etken pa-

tojen spektrumu dikkate alınarak hazırlanan alternatif tedavi yaklaşımları önerilmektedir.^{2,4,14,15}

KORUNMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastanelerde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi hastalığın tedavi ve bakımından daha öncelikli ve önemlidir. HGP önlenmesi, hastanın üniteye kabulü ile birlikte başlayan bir süreç olup, çalışanların Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile (EKK) interdisipliner bir ekip anlayışı içinde çalışmasını gerektirmektedir. Bu işbirliği ile izolasyon kurallarına uyulması sağlanmakta, incelemeler yapılarak salgınlar erken dönemde fark edilmektedir. Böylece hızlı ve doğru tanı konularak gerekli önlemlerin alınması sağlanmaktadır. Bunun sonucunda da hasta bakım kalitesinin arttığı görülmektedir. *Günümüzde nozokomiyal enfeksiyon oranları, hastanelerdeki bakım kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir.* Literatürde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control-CDC) tarafından belirlenen universal önlemlerin önemli ölçüde etkili olduğu, temel enfeksiyondan korunma yöntemlerinin uygulanması ile nozokomiyal enfeksiyonların %30 oranda azaldığı bildirilmektedir.^{19,20}

HGP'lerin önlenmesi için,^{2-4,18,19}

Sağlık personelinin korunma ve enfeksiyon kontrolü konularında eğitimi

Klinik ve mikrobiyolojik sürveyans yapılması

III. Mikroorganizma bulaşının önlenmesi

■ Sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin prosedüre uygun bir şekilde ve uygun yöntem ve sıklıkta yapılması

■ **El Yıkama:** Dirençli enfeksiyonların (Meticillin resistant staphylococcus aureus-MRSA, vb.) %30-40'ı hastane personelinin elleriyle geçmektedir. Nozokomiyal enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmaların giderilebilmesi için ellerin en az 20 saniye süreyle antimikrobiyal bir ajan (örn;%70'lik alkol, klorheksidin) kullanılarak yıkanması önerilmektedir.¹⁹ Literatürde YBÜ'de tek başına el yıkama programı ile enfeksiyon oranlarının anlamlı derecede düştüğünü belirten çalışma-

lar bulunmaktadır.^{2,19} Ülkemizde yoğun bakımlarda el yıkama ile ilgili yapılan bir çalışmada; yoğun bakım personelinin el yıkama sıklığının %40 olduğu, el yıkama sıklığının hemşirelerde %48, yardımcı sağlık personeline %42 ve doktorlarda %28 olduğu belirlenmiştir.²¹ Literatürde hastaya temas öncesi el yıkama sıklığının %30 olduğu, hastaya temastan sonra hekimlerin %15-45'inin, hemşirelerin ise %25-45'inin ellerini yıkadıkları belirtilmektedir.²² Rosenthal ve ark. (2005) tarafından yapılan bir başka çalışmada, el yıkamaya uyumun hemşirelerde %59,6, yardımcı personelde %37,1, doktorlarda %30,8 olduğu, uyumun vardiyalara göre farklılık gösterdiği (gündüz: %52,2, akşam: %50,2, gece: %66,0) saptanmıştır. Çalışmada el hijyeninin artırılması ile yoğun bakımlarda görülen nozokomiyal enfeksiyon hızının her 1000 yatış günü için 47,55'ten 27,93'e düştüğü gözlenmiştir.²³

■ **Eldiven Kullanma:** Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının çapraz enfeksiyonları önlemek amacıyla yaptıkları en önemli ve en sık uygulamalardan biri eldiven kullanmaktır. Ancak eldivenler çapraz kontaminasyonu önlemek amacıyla kullanılsa da, uygun kullanılmamaları durumunda da doğrudan çapraz kontaminasyona neden olmaktadır. Uzun süre eldivenleri çıkarmadan her hastaya aynı eldiven ile bakım vermek, ellerin terlemesine ve bakterilerin çoğalması için uygun bir ortam oluşmasına neden olmaktadır. El ve eldivenlerin patojen mikroorganizmaların taşınmasında en önemli aracı olduğu göz önüne alındığında, çapraz kontaminasyonu önlemek amacıyla hastadan hastaya ya da aynı hasta üzerinde kirli bölgeden temiz bölgeye geçerken eldivenleri çıkartmak ve elleri yıkamak gerektiği unutulmamalıdır.^{2,19,24}

- Koruyucu önlük
- Maske ve gözlük
- Ziyaretçi kısıtlaması

■ **İzolasyon:** Çoklu antibiyotik direnci olan patojenlerin yayılımının önlenmesi için temas izolasyonu uygulanmalıdır. Hasta özel bir odaya alınır, eldiven ve el yıkamaya özen gösterilir. Hasta çıktıları ile temas söz konusu ise önlük giyilir. Hastanın

nakli mümkün olduğunca en az düzeyde olmalıdır. Araç gereçler mümkün olduğunca hastaya özel olmalıdır. Galoş enfeksiyonun önlenmesi açısından gerekli değildir.²

□ İnvaziv Girişimlere Bağlı Alınacak Önlemler:

İnvaziv girişimler, hastada gelişebilecek nozokomiyal enfeksiyonlar için önemli bir risk faktörüdür. En çok uygulanan invaziv girişimler damar içi kateterizasyon, üriner kateterizasyon ve entübasyon uygulamalarıdır. İnvaziv girişimlere yönelik yapılması gereken birinci grup önlemleri arasında uygun kateter bakımı, sterilizasyon ve aseptik tekniğe uygun pansuman uygulaması yer almaktadır. YBÜ'de görülen enfeksiyonların çoğu invaziv girişimler nedeniyle gelişmektedir.^{2,19,25} Literatürde hemşirelik uygulamalarının kateter enfeksiyonlarının oranını anlamlı derecede azalttığı bildirilmektedir.^{26,27}

Enfeksiyonun önlenmesi ve takibinde hemşire gözlem formları da önemli bir veri kaynağıdır. Enfeksiyonların belirlenmesinde hemşire kayıtları

önemli olduğundan doğru ve eksiksiz doldurulmalıdır.

SONUÇ

HGP ve VİP sık karşılaşılan hastane enfeksiyonlarıdır. Bu enfeksiyonların önlenmesinde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrol komitesi ile işbirliği içinde çalışmaları ve gerekli önlemleri almaları oldukça önemlidir. Enfeksiyon geliştiğinde ise, yayılmasının önlenmesinde yine hemşirelerin rolü oldukça fazladır. Hastanın bir an önce tanılanması, tedavinin başlanması ve takibinin uygun şekilde yapılması mortalite oranlarını düşürecektir. HGP'ye özgü alınacak önlemler ve bakım stratejisi belirlenmeli ve dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. HGP'lerin önlenmesinde, salgın oluşturmamasında, birimlerde çalışan hemşireler oldukça önemli rol oynar. Çünkü tüm ekip arasında koordinasyonu, bilgi alışverişini sağlayan ve önlemlerin uygun şekilde yürütülmesini kontrol eden temel kişi hemşiredir.

KAYNAKLAR

1. Kaye J, Ashline V, Erickson D, et al. Critical care bug team: a multidisciplinary team approach to reducing ventilator associated pneumonia. *Am J Infect Control* 2000;28:197-201.
2. Türk Toraks Derneği erişkinlerde hastanede gelişen pnömoni tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2010;10(ek sayı): 3-28.
3. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:388-416.
4. Yetkin A. Nazokomiyal pnömoni. *Yoğun Bakım Dergisi* 2010;9(1):20-30.
5. Tun K, Temiz C, Attar A, ark. Nöroşirürji yoğun bakımında nozokomiyal enfeksiyonlar. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 1999;3:51-4.
6. Çetin ÇB, Yalçın AN, Turgut H, ark. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde hastane enfeksiyonları. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 1999;3:161-4.
7. Intensive care antimicrobial resistance epidemiology (ICARE) surveillance report, data summary from January 1996 through December 1997: a report from the National Nosocomial Surveillance (NNIS) System. *Am J Infect Control* 1999; 7:279-84.
8. Akalın H, Özakin C, Kahveci F, ve ark. Hastanede gelişen pnömoniler. *Flora* 1999;4:253-7.
9. Woske HJ, Roding T, Schulz I, Lode H. Ventilator-associated pneumonia in a surgical intensive care unit: Epidemiology, etiology and comparison of three bronchoscopic methods for microbiological specimen sampling. *Crit Care* 2001;5:167-73.
10. Esen S, Leblebicioğlu H. Prevalence of nosocomial infections at intensive care units in Turkey: A multicenter 1-day point prevalence study. *Scand J Infect Dis* 2004;36:144-8.
11. Çelik SA. Nosocomial infections in neurosurgery intensive care units. *JCN* 2004; 13:741-74.
12. Ertugrul BM, Yildirim A, Ay P, Oncu S et al. Ventilator-associated pneumonia in surgical emergency intensive care unit. *Saudi Med J* 2006;27:52-7.
13. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med* 1998;129:433-40.
14. Özsüt H. Nazokomiyal pnömoni tedavisi. *ANKEM Derg* 1996;10(3):329-334.
15. Akalın H. Nazokomiyal pnömoni II tedavisi ve önleme. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2004; 8: 215-224.
16. Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Alvarez-Moreno C, et al. Device-Associated Nosocomial Infections in 55 Intensive Care Units of 8 Developing Countries. *Ann Intern Med* 2006;145:582-591.
17. Klompas M. Does this patient have ventilator-associated pneumonia? *JAMA* 2007;297: 1583-93.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia. *MMWR* 1997;46(No:22-1).
19. Yüceer S, Demir SG. Yoğun bakım ünitesinde nazokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Derg* 2009;36(3):226-233.
20. Akyol A, Ulusoy H, Özen I. Handwashing: a simple, economical and effective method for preventing nosocomial infections in intensive care units. *J Hosp Infect* 2006;62: 395-405.
21. Yorgancı K, Elker D, Kaynaroğlu V. Bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde sağlık personelinin el yıkama alışkanlıkları. *Yoğun Bakım Dergisi* 2002;2:58-63.

22. Naharcı H. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Etkili Olan Önlemlere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2006.
23. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *Am J Infect Control* 2005; 33:392-397.
24. Yorgancı K, Çakmakçı M. El yıkama: nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde etkin bir yöntem. *Ulusal Travma Dergisi* 1997; 3(3):164-168.
25. Akta Ş F. Nozokomiyal pnömoni, *Klimik Derg* 2000;13:3-6.
26. Tsuchida T, Makimoto K, Toki M et al. The effectiveness of a nurse-initiated intervention to reduce catheter associated bloodstream infections in an urban acute hospital: an intervention study with before and after comparison. *Int J Nurs Stud* 2007; 44:1324-1333.
27. Mülazımoğlu L. Yoğun bakımda çoklu dirençli mikroorganizma sorunu. *Yoğun Bakım Dergisi* 2006; 6:27-29.

Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi

Comfort Theory and the Effect of Intensive Care Unit on Patient Comfort

Dr. Neriman ZENGİN^a

^aİstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 03.10.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 08.04.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Neriman ZENGİN
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
zneriman@yahoo.com

ÖZET Konfor kuramı hastanın ihtiyaçlarını üç düzeyde ve dört boyutta ele alır. Konfor; fiziksel, sosyokültürel, psikospirüel ve çevresel boyutta ortaya çıkan sorunların ferahlama, rahatlatma ve sorunların üstesinden gelme ile üç düzeyde karşılanması ile yaşanan durumdur. Yoğun bakım ünitesi hasta ve ailesinin konforunu dört boyutta ve üç düzeyde etkileyen birçok faktörü içinde bulundurur.

Anahtar Kelimeler: Konfor, yoğun bakım, hasta deneyimleri, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Comfort theory deals with patient needs in three levels and four dimensions. Comfort is the condition that occurs when problems in socio-cultural, psychospiritual and environmental dimensions are accepted at three levels including relief, ease and transcendence. Intensive care unit involves many factors that affect the comfort level of patients and their families at four dimensions and three levels.

Key Words: Comfort, intensive care, patient's experiences, nursing care

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):61-6

Latince kökenli güç “forting (strong)” kelimesinden gelen konfor (comfort) kavramı, tarih boyunca hemşirelik biliminde bakımın amacı ve listenilen bir sonucu olarak önemli rol oynamıştır. Hemşirelik literatüründe, konfor kavramı bir durum ya da süreç olarak çeşitli anlamlarda kullanılmıştır. Bu anlamlar arasında deneyim, dinamik bir sürecin komponentleri ya da boyutları, yaşam kalitesi, umut, kontrol, karar verme, uzlaşma, ağrı kontrolü, hemşirelik girişimi ve bir süreç olarak rahatlatma yer almaktadır.^{1,2} 20. yy boyunca hemşirelikte konforun rolü üç kronolojik kategoride tanımlanmıştır. 1929’a kadar konfor hemşireliğin moral zorunluluğu ve ana merkezidir. 1930’dan 1959 kadar konfor hemşirelik bakımının temelinde başarıya ulaştırmada bir strateji olarak tanımlanmıştır. 1960’dan 1980’lere kadar hemşirelik bakımının küçük bir amacı olmuş, daha çok bakımın fiziksel, psikolojik ve emosyonel yönüne dikkati çekilmiştir.¹ Sonuç olarak konfor hemşirelik literatüründe birçok anlamda kullanılmasına rağmen, hemşirelik mesleği tarih boyunca konforsuzluğa ve konforsuzluğu gideren girişimlere odaklanmıştır.¹⁻⁴

Yoğun bakım ünitesi hasta ve yakınlarının konforunu etkileyen birçok faktörü içinde barındırır. Ancak yoğun bakım hemşiresi konfor ve yoğun bakım ünitesinin konfora etkisini bilirse bütüncül bir yaklaşımla hasta ve yakınlarının konforunu artıran bir bakım verebilir.

KONFOR KURAMI

Konfor birçok hemşirelik kuramında kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmiştir. Peplau'nun kuramında temel bir gereksimin olarak kavramsallaştırılmıştır. Orlando, kuramında fiziksel ve mental konforu değerlendirmeyi tartışmış ve konforu artıran (önlemlerini) önlemleri anlatmıştır. Roy'un adaptasyon modelinde psikolojik konfora ulaşmada konfor önlemlerinden yararlanılmıştır. Watson'un modelinde konfor, bakımın sıklıkla bir değişkenidir.^{1,3,4} Son olarak da Katharina Kolcaba konfor kavramını analiz etmiş,⁴ kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuş⁵ ve orta düzey konfor kuramını geliştirmiştir.^{6,7}

Kolcaba'ya göre üç alanda bireysel konfor ihtiyaçları ve bu alanlarda hemşirelik için teknik bir terim olan konfor kavramının anlamlarını aşağıda açıklamıştır (Tablo 1).^{4,7}

Bu üç ihtiyaç alanlarında konforu karşılanmayan hasta eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde, eksiklik ortadan kalkar. Hemşireler iyileşmekte ve normal günlük aktivitelerine dönmek üzere olan hastalarda, konforu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya çalışarak hastaların güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar.⁴ Sonuç olarak, Konfor Kuramına göre "konfor kavramı" bütüncül yaklaşımla "ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamamanın o andaki deneyimidir."^{5,8}

Konfor kuramı insan ihtiyaçlarını üç düzeyde ele almaktadır.⁵⁻⁸

■ Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur. Özel bir ihtiyacın karşılanması sonucu yaşanır, eski fonksiyonlara dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun teorisinde gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson teorisinde hastanın on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır.^{5,6}

■ Rahatlama: Sakin ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın iyileşmesi için gerekli konfor ve onun iyileşmeye olan katkısı ile pozitif ilişkili, kalıcı bir durumdur. Bu durum fiziksel ve mental deneyimler (duygular) ve çevresel özelliklerden etkilenir.⁵⁻⁸

■ Üstünlük: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır.⁷ Konfor hastanın kendi potansiyeline göre belli zaman ve belli durumda kendi kaderini kontrol etme ve planlamada özgür olmasını amaçlar.⁵ Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir.^{4,6,7} Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran özellik, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır. Üç konfor düzeyi her biri hastanın performansını pozitif yönde etkiler ve teorik olarak güç verici komponentlerdir.^{5,7,8}

Konfor kuramının boyutları, konfor gereksinimlerinin ortaya çıktığı fiziksel, sosyokültürel, psikospirüel, çevresel ortamlardır.^{5,7,8}

TABLO 1: Konfor ihtiyaçları ve konforun anlamı.

Konfor ihtiyaçları	Konforun anlamı
1. Konforu bozan durumdan kurtulma	Kurtulma hissi: Ferahlama (konforsuzluktan kurtulma) (relief)
2. Konforlu olma durumu	Durum hissi: Rahatlama (huzur ve barış içinde olma durumu) (ease)
3. Kisisel gelişim	Yenilenme hissi: Sorunların üstesinden gelme (transcence)

■ Fiziksel boyutta konfor gereksinimleri; homeostatik mekanizma ile bedensel algılarını (dinlenme, gevşeme, hastalığa karşı yanıtlar, beslenme, hidrasyon) kapsar.

■ Sosyokültürel boyutta konfor gereksinimleri; aile, diğer bireyler, kişilerarası ilişkiler, kültür ile ilişki, aile ve din gelenekleri, finansal destek kaynakları, bilgi ve danışmanlık, taburculuğun planlanmasını içerir.

■ Psikospiritüel boyutta konfor gereksinimleri; bireyin iç dünyasına ait akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerdir (kendine güven, öz saygı, cinsellik, yaşamın anlamı).

■ Çevresel boyutta konfor gereksinimleri; dış dünyaya ait olan ışık, ses, koku, renk, sıcaklık, mobilya, manzara gibi sentetik elemanlar ile ilgili insan deneyimlerini ve doğal elemanları kapsayan dış etkenleri ve bunların insan üzerindeki etkilerini (hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen ortam) kapsamaktadır.

YOĞUN BAKIMIN HASTA KONFORUNA ETKİSİ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan ve yoğun izlem gerektiren veya yaşamı destekleyici tedaviye bağlı olan hastalara bakım verilen birimlerdir. Multidisipliner ekip yaklaşımıyla özel tedavi yöntemlerinin kullanıldığı, birçok karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu yoğun ve karmaşık ortamlardır.^{9,10} Yoğun bakım üniteleri hem burada tedavi gören hastaların nitelikleri yönünden hem de araç-gereç donanımı yönünden diğer tedavi ünitelerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bu karmaşık ve yoğun ortamda hasta ve ailesinin, fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutta konforunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.^{7,8,11}

Yapılan çalışmalarda hastalar, yoğun bakım ortamında çıktıktan sonra çoğunlukla konforlarını bozan ve sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörler arasında ağrı, uyku ile ilgili sorunlar, oryantasyon ya da bilinç bozukluğu, susuzluk, kendini güvende hissetmeme, anksiyete, iştahsızlık, gürültü, güçsüzlük, iletişim kuramama ve entotrakeal tüp uy-

gulamasını bildirmişlerdir. Bununla birlikte konforlarını artıran ve kendilerini iyi hissetmesini sağlayan faktörler arasında da en fazla kendini güvende hissetme ve hemşirenin varlığını belirtmişlerdir.¹²⁻¹⁴

Stein-Parbury ve McKinley¹² yaptıkları literatür incelemesinde hastaların yalnızca negatif olan deneyimleri değil aynı zamanda pozitif deneyimleri de hatırladıklarını bildirmiştir. Pozitif deneyimler arasında hemşireler tarafından sağlanan güvenlik ve güvenlik hissi belirtilirken, negatif deneyimler arasında bilinçsel fonksiyonlarda bozukluk, uyku, ağrı ve anksiyete gibi konfor bozukluğuna neden olan faktörler sıralanmıştır. Hofhuis ve ark. çalışmasında¹⁴ hastaların çoğunun uyku bozukluğu, gürültü ve psikolojik sorunlardan dolayı sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTASINA FİZİKSEL BOYUTTA KONFORUN ETKİSİ

Yoğun bakım ünitesi fiziksel boyutta; homeostatik dengenin bozulması, ağrı, uykusuzluk, yetersiz beslenme ya da beslenme şeklinin değişmesi, endotrakeal entübasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, susuzluk hissi ve intravenöz girişim uygulamalarına bağlı olarak hasta konforunu olumsuz etkiler.^{8,11} Ayrıca yoğun bakım tedavi sürecinde, hastada gelişen komplikasyonlar fiziksel boyutta konforun bozulmasına neden olur.

Ağrı yoğun bakım hastasının fiziksel boyutta konforunu bozan önemli bir stresördür. Ağrı akut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili, hoş olmayan duysal ve emosyonel deneyimler olarak tanımlanmıştır. Yoğun bakım hastası cerrahi girişimler, posttravmatik yara, invazif monitorizasyon araçları, uzun süreli immobilizasyon, mekanik ventilasyon, aspirasyon pansuman uygulamaları, pozisyon verme, kateter takma ya da çıkarma gibi rutin hemşirelik girişimlerinden dolayı ağrı deneyimlemektedir.¹⁵⁻¹⁸

Kontrol altına alınamayan ağrı immünosupresyon, taşikardi, miyokardın oksijen ihtiyacında artma, serebrovasküler otoregülasyonda azalma, intrakranial basınçta artma ve katabolizma sürecinin uzaması, diyafram ve göğüs hareketinin azalmasına bağlı solunum sistemi ile ilgili komplikasyonların

gelişmesi mekanik ventilasyona bağlı kalma ve yoğun bakım sürecinin uzamasına neden olur. Bu durum mortalite ve morbitite riskini artırır¹⁹⁻²¹ uyku sürecini bozar ve deliryum gelişmesini kolaylaştırır, psikolojik olarak anksiyete, depresyon ve post travmatik stres bozukluklarına neden olur. Ağrının birçok olumsuz etkisinin olmasına rağmen hemşireler ile sağlık bakım profesyonellerinin ağrı konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, ağrıyı hafife almaları ve mekanik ventilasyon ya da bilinç bozuklukları nedeni ile hastanın ağrıyı sözel olarak ifade etmedeki sınırlılığın bağlı olarak yeterli analjezi sağlanamamaktadır.^{19,21}

Fiziksel boyutta konforu etkileyen faktörlerden biride uyku eksikliğidir. Uyku bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolamasını sağlayan iyileşme ve sağlık için zorunlu bir süreçtir. Uyku eksikliğinin immün sistemi etkilenmesi sonucu iyileşmede gecikme, enfeksiyona direncinde azalma ve doku yenilenmesinde bozulma görülür. Nörolojik sistemi etkilenmesi sonucu ajitasyon, deliryum, post travmatik sendrom, depresyon, ağrı toleransında azalma ve nörokognitif disfonksiyon ortaya çıkabilir. Kardiyovasküler sistemi etkilemesi sonucu aritmi, geceleri kan basıncında yükselme, kalp yetmezliğinde kötüleşme ve ölüm gelişebilir. Solunum sisteminin etkilenmesi sonucunda üst hava yollu kaslarında zayıflama, ventilatörden ayrılmanın gecikmesi, apne ve hipoapne görülebilir. Yoğun bakım hastasında uyku eksikliğine neden olan faktörler arasında, yoğun bakım ortamında bulunma stresi, ortamda var olan gürültü, hastanın ağrı deneyimlemesi, hemşirelik girişimleri, tıbbi prosedürler, mekanik ventilasyon, ışıklandırma, ilaç uygulamaları, hoş olmayan kokular ve ölüm korkusu sayılabilir.²²⁻²⁵

Beslenmede değişim yoğun bakım hastalarının fiziksel konforunu etkiler. Yeterli ve zamanında besin desteği, hastalığın tedavisi için temeldir ve yoğun bakımda kalma süresini azaltır. Yoğun bakımda hastaların pek çoğu mekanik ventilasyon, sedasyon ya da bilinç düzeyinde azalma nedeni ile oral beslenemezler. Bu hastalar için enteral beslenme tüpü tercih edilir. Erken başlayan enteral beslenmenin enfeksiyon riskini azalttığı, hastanede

kalma süresini kısalttığı ve maliyeti azalttığı görülmüştür.²⁶ Enteral tüple beslenmenin orofanjeal ya da gastrik içeriğin aspirasyonu, gastro ösefajial reflü riskinde artma gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir.²⁷ Ayrıca oral hijyen yoğun bakım hastasının iyiliği ve sağlığının sürdürülmesi bakımından son derece önemlidir.²⁸

Fiziksel boyutta konforu bozan etkenlerden bir diğer faktör de mekanik ventilasyon ve endotrakeal tüp uygulamasıdır. Mekanik ventilasyon deneyimleyen hastaların büyük çoğunluğu konuşamamak, yetersiz açıklama yapılması, trakeal aspirasyon, susuzluk ve bağımlı olmaktan dolayı sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.¹⁴ Mekanik ventilasyon, hastaların kontrol hissini azaltan en önemli stres faktörüdür. Endotrekeal tüp uygulamalarında, katekolamin deşarjı, sedasyon ihtiyacında artma, ajitasyon ve kıpırdanmaya bağlı endotrakeal tüpün spontan ya da hastanın müdahalesine bağlı olarak çıkması ile kardiyak arrest, ağrı, acı vb komplikasyonlar ve ölüm gelişebilir. Ayrıca endotrakeal tüp; oral irritasyon, ülserasyon, mantar enfeksiyonu, tükürük salgısında artma, trakeal ya da farenjial travma, akciğer enfeksiyonuna, tüpün cuff arkasında biriken sekresyonun yer değiştirmesine bağlı ventilatörle ilişkili pnömöni riskinde artmaya neden olur.²⁹

Susuzluk hissi mekanik ventilasyona bağlı yoğun bakım hastalarının en sık deneyimlediği, bazen taburcu olduktan sonrada psikolojik etkisi devam eden konforda bozulma nedenidir. Hemşire tarafından sorunun fark edilmemesi ya da çözümlenememesi susuzluğun stresli bir yoğun bakım anısı olarak kalmasına neden olmaktadır. Susuzluk hissine katkıda bulunan faktörler dehidratasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal tüp, elektrolit bozuklukları, çeşitli ilaçların kullanımı, anksiyete ve korkudur.^{12,30}

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN SOSYOKÜLTÜREL BOYUTTA HASTANIN KONFORUNA ETKİSİ

Yoğun bakım ünitesi, hastanın aile ve arkadaşları ile sözlü ya da sözsüz iletişim kuramaması, aile ve hastanın genel sağlık durumu ve yapılan uygulamalar ile ilgili yeterli bilgi alamaması, yoğun bakım ortamından ve sağlık sorunlarından dolayı toplum-

dan izole olması sosyokültürel boyutta hasta konforunu etkileyebilir.^{8,11} Bazı araştırmalarda, yoğun bakım ünitesinde aile üyelerinin varlığının sosyal destek, hasta ve aile memnuniyetinde artma gibi pozitif sonuçlarının olduğu bildirilmiştir.³⁴ Yoğun bakım ünitesinde tedavi maliyeti oldukça yüksektir. Maddi problemlerde hasta ve ailesinin etkileyen ve sosyokültürel boyutta önemli bir sorundur.

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların çoğunun yatağa bağımlı olması, tamamıyla bakıma ihtiyacı olması ve bilincinin kapalı olması, sağlık hizmetinin sunumunda, iletişim ve ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi süreci de sağlık elemanlarını zorlamaktadır. Bu süreç hastanın sosyokültürel boyutta olduğu kadar psikospirütel boyutta da konforunu önemli ölçüde etkileyen bir sorundur. Ancak hastanın durumu ne olursa olsun sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili iletişim ve ilişkilerin olumlu etkilerinin olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Yoğun bakım ortamında endotrekeal tüp, acil durumlar, gürültülü, stresli çalışma çevresi, hemşirenin fiziksel bakım ya da teknoloji ile yoğun şekilde uğraşması ve hastanın bilinç düzeyindeki bozukluk vb. iletişimi engelleyen durumlardan yalnızca birkaç tanesidir. Olumsuz iletişim ya da şefkatsiz davranışlarının hastalarda üzüntü, anksiyete ya da depresyonu içeren psikolojik konforsuzluğu artırabileceği belirtilmektedir. Hastalar hemşirelerin olumsuz davranışlarının, iyileşmelerini engellediğini belirtmektedir. Hasta korku, kızgınlık ve utanma gibi acı veren davranışlar deneyimlediği zaman stresi daha fazla artmakta, öz-saygı azalmakta, iyileşmek için harcayacakları değerli enerjileri tükenmektedir.^{12,32}

Hastaların pek çoğu entübe iken iletişim engellenmesine bağlı endişe yaşamaktadır. Hastaların yakınma ve ihtiyaçlarını sesli dile getirememeleri, tüplerine dokunma girişiminde bulunmaları hemşire tarafından tehdit olarak algılanmakta ve hemşire tarafından yanlış anlaşılmalara neden olmaktadır. Bu durum hastada engellenme, anksiyete, endişe, kızgınlık, korku, sıkıntı, tanımlanamayan ağrı, güvensizlik, panik, umutsuzluk hissine ve sosyokültürel boyutta olduğu kadar fiziksel, çevresel ve psikospirütel boyutta konforun bozulmasına neden olmaktadır.²⁹

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN PSİKOSPIRÜTEL BOYUTTA HASTANIN KONFORUNA ETKİSİ

Yoğun bakım ünitesi psikospirütel boyutta; hastalık ya da uygulanan girişimlere bağlı olarak hastanın beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, riskli sağlık durumu, girişimler ve ortama bağlı hastanın korku ve anksiyete hissetmesi, kullanılan ilaçlar ve fiziksel ortam nedeniyle hastanın düşünce sürecinin bozulması, dua retme gereksiniminin karşılanmaması ve mahremiyetin bozulması sonucu hastanın konforu olumsuz etkilenir.^{8,11}

Psikospirütel boyutta hastaların konforunu etkileyen bir diğer faktör de hastanın kendini güvende hissetmesidir. Yoğun bakım ünitesinde yatak kenarında bir hemşirenin varlığı, hemşirenin işinde uzman olduğu inancı hastaların kendini güvende hissetmesini sağlar. Hemşirelik bakımı teknik bakımla uyumlu olduğunda hastalar tarafından kaliteli bakımın göstergesi olarak algılanmaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hem bilgi hem de emosyonel desteği sağladığı bildirilirken, doktorların bilginin primer kaynağı olarak algılandığı görülmüştür.¹²

İlaçlar, uzun süre mekanik ventilasyon, yabancısı bir ortamda bulunma, sık sık yer değiştirmek, hareketli ve gürültülü bir ortamda olma, kâbuslar ve rüyalar görme, ortamda pencerelerin olmaması, uykusuzluk, invazif girişimler, yetersiz ya da aşırı uyaran, bozuk iletişim, düşünce sürecinde bozulmaya ve deliryuma neden olmaktadır.¹²

Anksiyete, hastaların yoğun bakım süreci ile ilgili hatırladığı negatif bir deneyimdir. Çevreden kaynaklanan kokular, gürültü, çalışanlardan kaynaklanan kötü iletişim, hasta yanında çalışanların konuşması, her türlü konu ve girişim ile ilgili bilgilendirilmeme, uykunun bölünmesi, beden imajının zedelenmesi, kendine olan güvenin kaybı, ilişkilerde değişiklikler, geleceğinin, amaçlarının tehlikeye düşmesi, çalışma performansında değişme, kontrolü kaybetme duygusu, olası ekonomik kayıplar ve başkalarına bağımlı olma anksiyeteye neden olmaktadır.^{12,33} Yoğun bakımda olmak kadar yoğun bakımdan ayrılmakta hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır.¹⁰

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN ÇEVRESEL BOYUTTA HASTANIN KONFORUNA ETKİSİ

Yoğun bakım ünitesinin çevresel boyutta ortamda var olan gürültü, alarm sesleri, aydınlatma, ısı, yatakların rahat olmaması hasta konforunu olumsuz etkiler. Gürültü eğilimi olanlarda sorunların ve bunaltıların ağırlaşması, çabuk sinirlenme ve kızgınlığa yol açar. Aralıklı ve ani gürültü kişide ani adrenalin deşarjı yaratarak kalp atım sayısını, solunum sayısını ve kan basıncını artırır. Dikkat azalması, uyku düzeninde bozulmalara neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde hastaların en çok yakındığı gürültü kaynakları çalışanların

konuşma ve gülme sesleri, tıbbi araç ve gereçten çıkan seslerdir.^{12,23-25,34}

Sonuç olarak yoğun bakım ünitesinde hastanın konforunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yoğun bakım üniteleri kritik hastaların yaşamlarını sürdürmeleri için vazgeçilmez hayat kurtarıcı, karmaşık ortamlardır. Bu ortamda çalışanlar yaşamı sürdürürken hastanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğunu unutulmamalı ve hastanın konforunu etkileyen sorunlara duyarlı olmalıdır. Hastanın konforunu etkileyen faktörler konusunda daha fazla araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Siefert ML. Concept analysis of comfort. *Nurs Forum* 2002;37(4):16-23.
- Malinowski A, Stamler LL. Comfort: exploration of the concept in nursing. *J Adv Nurs.* 2002;39(6):599-606.
- Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. *J Clin Nurs* 2003; 12(5):689-96
- Kolcaba, KY, Kolcaba, RJ. An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image. Journal of Nursing Scholarship* 1991; 23(4), 237-240.
- Kolcaba, KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19(6), 1178-1184.
- Katharine K. *Comfort Theory and Practice A Vision for Holistic care and research.* Springer Publishing Company, New York.
- Kolcaba K, DiMarco MA. *Comfort Theory and its application to pediatric nursing.* *Pediatr Nurs* 2005;31(3):187-94.
- Hintistan s, Vural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(13) 40-46.
- Tel H, Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak deneyimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(13):24-29
- Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *JONA* 2006;36(11):538-544.
- Stein-Parbury J, McKinley S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *Am J Crit Care* 2000;9(1):20-7.
- Adamson H, Murgo M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20 (5):257-63.
- Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(5):300-13.
- Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, Wild LR. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care.* 2001;10(4):238-51.
- Jennifer E. Helms JE, Barone CP. *Physiology and Treatment of Pain.* *Nurses Crit Care Nurse* 2008;28:38-49
- Julie A. Stanik-Hutt JA. *Pain Management in the Critically Ill.* *Crit Care Nurse* 2003;23:99-103
- Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C, Wild LR. Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: a descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(1):20-7.
- Blenkharn A, Morgan A. (2002) Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit *Intensive and Critical Care Nursing*, 2002; 18 (6): 332-341.
- Rose L, Haslam L, Dale C, Knechtel L, Fraser M, Pinto R, McGillion M, Watt-Watson J. Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(3):121-8.
- Glynn G, ahem M. Determinants of critical care nurses' pain management behaviour. *Aust Crit care.* 2000; 13(4):144-151.
- Tempo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and critical care Nursing* 2009; 25:314-322.
- Elliott R, McKinley S, Cistulli P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2010; 23
- Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009;1(1):24-31.
- Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit- patients' and nurse' perception. *Intensive Care Unit* 2003;19:342-349.
- Kim H, Shin JE, Shin JY, Cho M. (2010) Adequacy of nutritional support and reasons for underfeeding in neurosurgical intensive care unit patient. *Asian Nursing Research* 4(2): 102-110
- Williams TA Leslie GD. A review of the nursing care of enteral feeding tubes in critical ill adults: part I. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004;20:330-343.
- Berry Am, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Care Unit* 2006;22:318-328.
- Jo Grap M, Blecha T, Munro C. A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002;18:244-249
- Landström M, Rehn IM, Frisman GH. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(3):133-9.
- Hupcey JE. The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17(4):206-12.
- Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43:405-415
- Moser DK, Chung ML, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, Blakely W, Biddle M, Frazier SK, Garcin BJ. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003;19:276-288
- Lawson N, Thompson K, Saunders G, Saiz J, Richardson J, Brown D, Ince N, Caldwell M, Pope D. Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *Am J Crit Care* 2010;19(6):88-98.

İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

The Problems of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator Faced with and Nursing Care

Dr. Özlem BULANTEKİN,^a
Yrd.Doç.Dr. Sıdıka OĞUZ^b

^aÇankırı Karatekin Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Çankırı

^bHemşirelik Bölümü,
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 04.11.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 13.04.2012

*Bu derleme, 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi
(6-9 Ekim 2011, Antalya)'nde
poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Özlem BULANTEKİN
Çankırı Karatekin Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Çankırı,
TÜRKİYE/TURKEY
nurse1683@hotmail.com

ÖZET İmplant edilen kardiyoverter defibrilatör (ICD) kullanımı hayatı tehdit eden ventriküler aritmiler için koruyucu olmasına rağmen, hastalar cihaza uyum sağlarken bazı zorluklar yaşamaktadır. ICD implantasyonundan sonra genellikle hastalarda stres, korku, güçsüzlük, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bunların yanı sıra hastalar pilin şoklayacağı, fonksiyonunu yerine getiremeyeceği ve ölebilecekleri korkusunu, araba kullanımının kısıtlanacağını, evlilik ve sosyal ilişkilerinde problemler yaşayabileceklerini ayrıca kadın hastalar beden imajının ve kendilik rollerinin değişeceğini düşünmektedir. Bu cihazı taşımak hastalar için bir kâbus olmamalıdır. İyi bir hemşirelik yaklaşımı ve eğitimi ile bu korku önlenebilir. Öncelikle hemşire hastayı bütüncül bir biçimde ele almalı, hasta ve ailesinin duyguları, tedavi planına, diyetine, sağlıklı yaşam biçimine uyup uymadığı gibi konular ilk olarak değerlendirilmelidir. Hemşire öncelikle hastanın ne gibi sorunlar yaşadığını ve bu sorunlar karşısında neler yaptığını belirlemeli ve bu doğrultuda eğitim ve bakım planı oluşturmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ICD, şok, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Although to be protective Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD), patients had some difficulties in ensuring compliance with the device. After the implantation of ICD usually stress, fear, weakness, such as anxiety and depression are seen. In addition, patients think that device shocks and will not become the function, limiting the use of the car having problems with marriage and social relations, changing self body image and the role of female This device should not be a nightmare for patient with ICD. This fear can be avoided from with an effective nursing approach and good education. First of all, nurses should approach to the patient in a holistic manner and evaluate patients and families' emotions, treatment plan, diet, living according to the healthy life style. Nurse primarily should determine what problems patients face and solutions related to the this problems should establish training and nursing care.

Key Words: ICD, shock, nursing care

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):67-71

Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde günümüzde en çok kullanılan tedavi yöntemlerinde biri de kalp pili ve İmplant Edilebilen Kardiyoverter (ICD) defibrilatörlerdir. ICD kullanımı hayatı tehdit eden ventriküler aritmiler için koruyucu bir tedavi yaklaşımı olmuştur. Klinikte bu tedavi mortalite oranını düşürmek amacıyla kullanılmaktadır. Kardiyak hastalığı olan, yüksek riskli hastalarda ani ölümlerden kaynaklanan mortaliteyi ICD kullanımının %30-54 oranında azalttığı belirlenmiştir.¹ Buna rağmen, ICD implantasyonu uygulanan hastalar, cihaza uyum sağlar-

ken bazı zorluklarla karşılaşabilmektedirler.² Bu karşılaşılan zorluklar, hastanın psikolojik, sosyal, emosyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilir. Bu durumda hastaya verilen iyi bir hemşirelik eğitimiyle yaşam kalitesi olumlu yönde değiştirilebilir.

YAŞAM KALİTESİNİN AZALMASI

Carroll ve Hamilton çalışmalarında, 41 ICD'li hastada yaşam kalitesi ölçeği kullanarak (SF-36) dört yıllık bir çalışma sonucunda hastalarda fiziksel ve mental sağlık skalaları arasında anlamlı derecede farklılık olduğunu ve fiziksel puanların mental puanlardan daha kötü olduğunu saptamışlardır.³ Yapılan çalışmalar; cihaz şokladığında veya bu şokların sayısı arttığında, yaşam kalitesinin azaldığını vurgulamaktadır.^{3,4} Genç yaşta ICD implantasyonu yapılması, kadın olma, sosyal destek yokluğu, morbiditeye yardımcı faktörler iken, fiziksel fonksiyonun azalması gibi durumlar yaşam kalitesini azaltmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesinin azalmasını anksiyete, depresyon, var olan kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilendirmişlerdir.³

PSİKOSOSYAL SORUNLAR

İmlante edilebilen kardiyoverterimplantasyonundan sonra hastalarda görülen sorunlardan biri de psikolojik sorunlardır.^{5,6} Hastalarda görülen anksiyete genelde şokların tekrarlamasıyla ilişkilidir. Hastalar şok sırasında ağrı hissedeceklerinden dolayı, korku yaşamakta ve bu korku beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmakta, özellikle şokların ev dışında olması, insanların onlara bu durumda yardım etmemesi hastaları psikolojik olarak etkilemektedir.⁷ Ayrıca ICD'nin çalışmaması, sistemin disritmileri kontrol edememesi ve hayatta kalmanın küçük bir cihaza bağlı olması gibi nedenler de hastaları etkilemektedir.⁵ Yapılan çalışmalarda iskemik kalp hastalıklarının anksiyete ve depresyonun mortaliteyi etkileyen faktörler açısından birbirinden bağımsız olduğu, özellikle anksiyetenin artmasının ICD implantasyonundan bir yıl sonra mortaliteyi artırdığı, buna rağmen ICD'nin ani ölümleri azalttığı bildirilmiştir.^{1,8-10}

Genel olarak kardiyoverterdefibrilatörimplantasyonundan sonra hastalarda öfke ve korku en sık

görülen semptomlar arasında olup, sık tekrarlayan ICD şoklarından sonra bu semptomların daha fazla arttığı³ ve genç yaşta ICD implantasyonu olanlarda daha ileri yaştakilere göre anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu fakat zamanla bu genç hastalarda da daha ileri yaşta ICD implantasyonu yapılan hastalar gibi anksiyete seviyesinin azaldığı bildirilmiştir.^{3,11,12}

Blotcher ve Ockene çalışmalarında ICD'li hastalarda görülen psikososyal sorunların olduğu çalışmaları incelemiş, genelde hastalarda anksiyete ve depresyonun görüldüğünü, yapılan bilişsel terapilerin hastaları olumlu yönde etkilediğini, ancak oluşan şok ve aritmi sayısına herhangi bir etki etmediğini belirtmişlerdir.⁷

UYKU SORUNLARI

Hastalar için ağrı, ICD'nin varlığı ve uyku sorunları stresör olmaktadır.¹³ İyileşme zamanının ilk dönemlerinde çeneye yayılan bir ağrı ve fiziksel rahatsızlıktan, özellikle hastalar kollarını hareket ettirdiği ve etkilenen tarafa yatarak uyudukları zaman bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler. Uyku sorunları, hastalar uyurken ICD'nin şoklayacağı korkusu, rüyalar, kabuslar ve anksiyete gibi durumlardan kaynaklanabilir.¹³ Bunların dışında, hem ICD'si hem de kalp yetersizliği olan hastalarda ortopne, uyku apnesi ve değişen kardiyak ritimlere bağlı olarak uyku sorunları görülmektedir. Yaş, psikososyal faktörler, aktivitenin azalması ve tıbbi tedavi durumu gibi etkenler uyku sorunlarının oluşmasına neden olabilir. Uykusuzluk, yaşam kalitesini azaltmakta, duygu durumunu değiştirmekte, kardiyak ritimde değişiklikler yapmakta ve uyku süresinde değişikliklere neden olmaktadır. Hastalar bu gibi durumlardan olumsuz olarak etkilenmektedirler. Wójcicka ve ark. 45 ICD'li hastada yaptıkları çalışmada hastaların %42.2'sinin uyku sorunu olduğunu saptamışlardır.¹⁴

CİNSEL FONKSİYONLAR İLE İLGİLİ SORUNLAR

Kardiyak riski olan ICD'li hastaların korkularından birisi de cinsel yaşamının bozulmasıdır. Çoğu hastanın kardiyak olaydan sonra cinsel yaşamı etkilenmiştir. Özellikle hastalarda kardiyak sorunları tetikleyeceği korkusu vardır. Buna rağmen ölçülü

fiziksel aktivitelerle normal bir cinsel yaşamın sağlanacağı belirtilmiştir.¹⁵ Kesin risk olarak seksüel aktivitenin etkisinin düşük olduğu tanımlanmıştır çünkü seksüel aktivitenin birçok hastada kalpteki stresi atmak için yardımcı olabileceği konusunda görüşler bulunmaktadır.¹⁵

MOTORLU TAŞIT KULLANIMINDA KISITLAMA

Hastalarda araba kullanırken diğer sürücü ya da yayalara zarar verebileceği düşüncesi vardır. ICD implantasyonu yapılan hastalarla ilgili yasal düzenlemeler açısından ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Sürüş kısıtlılığı nedir de olsa hasta ve aileleri için zorluklar ortaya çıkarmış, açıkca bu kısıtlılığın gerekliliği ortaya konmuştur. Dünyada ICD implantasyonunun sayısı giderek artmakta bu nedenle de sürüş kısıtlılığı konusunda mutlaka hastalar uyarılmalıdır. Thijsen ve ark. 2786 ICD'si olan hastada yaptıkları çalışmada hastalarda oluşan şoklardan sonra yoldaki diğer sürücülere zarar verme risklerinin arttığını, bu nedenle de 2 ile 4 aylık bir süre boyunca sürüş kısıtlılığının olması gerektiğini bildirmişlerdir.¹⁶ ICD şoklarından sonra meydana gelen/ortaya çıkan olaylar mortalite tabanlı ve aniden kalbin durması gibi olaylar olduğu için EuropeanHeartRhythmAssociation (EHRA) and American Heart Association (AHA) ICD implantasyonundan sonra bireylere sürüş kısıtlılığı getirilmesi fikrindedirler. Diğer bir sorunda hastalarda aritmiler sonucu oluşabilecek ani bilinç kayıpları sonucunda hastanın yine çevresine zarar verme olasılığının olmasıdır.

BEDEN İMAJINDA BOZULMA

Beden imajı kültürel özelliğin bir parçası olduğu için, medyada ve sosyal ortamlarda güzelliği ve kadınsılığı etkilediği düşünülmektedir. Beden imajıyla ilgili sıkıntılar genellikle genç yaşta kadın hastalarda olmaktadır.¹⁷ Aletin pozisyonundan dolayı kadının vücudunda gözükmemesi, aletin olduğu bölgenin korunması, tedavi yaklaşımlarına uyum sağlama, alternatif cerrahi teknikler, aletin endüstride tasarlanma durumu ve psikososyal faktörlerle ilgili sorunlar genç kadınlarda görülmektedir. Defibrilatörün görünüşü ve buna ek olarak aletin vücudundaki duruşu özellikle genç yaşta ICD'li kadınlarda beden imajında memnuniyetsizliğe neden olmaktadır.¹⁷

KADIN CİNSİYET FAKTÖRÜ OLMA

Kardiyak popülasyonda cinsiyet açısından farklılık olsa da erkekler koroner arter hastalıkları ve mortalite açısından dezavantajlı olmalarına rağmen, kadınlarda koroner arter hastalıkları ve kalp yetersizliği açısından uzun ve tekrar eden hastane yatışları, inmeyle ilişkili atriyal fibrilasyon açısından risk altındadırlar.¹⁸

Yarnoz ve Curtis çalışmalarında cinsiyet farklılığını elektrofizyoloji, aritmi sonuçları, ICD implantasyonu ve Kardiyak Resenkrenizasyon Tedavisi (CRT) açısından değerlendirip, sanılanın aksine kadın olmanın, kalp hızını, sinüs taşikardisi insidansını, atriyal fibrilasyon ve komplikasyonlarını, konjenital anomalileri ve düşük ICD implantasyon oranını etkilediğini ifade etmişlerdir.¹⁹ Kadınlarda ICD ve CRT tedavisi çok kullanılmaktadır. Çünkü semptomlar kadınlarda daha geç başlar, daha az kalp yetersizliği ve kardiyak arrest riski vardır. Bunlara rağmen ICD ve CRT tedavisi cinsiyetler için sağ kalımda yarar sağlamıştır.

Yarnoz ve Curtis'e göre, ICD'si olan kadın hastaların zayıf psikososyal durumunun dezavantaj olduğu, bu nedenle depresyon ve anksiyetenin daha çok görüldüğünü, beden imajının bozulması stresi, sosyal rollerin kaybı ve uyku sorunlarının daha sık olduğu belirtilmiştir.¹⁹ Passman ve ark. çalışmalarında ise 450 ICD hastasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelediği çalışmada, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğunu belirtmiştir.²⁰

Nitelik olarak, kadınlardaki cinsiyete ait zorlukların psikolojik ve sosyokültürel içerikli olduğu tanımlanmıştır.¹⁷ Kamphuis CH ve ark. çalışmalarında, kadınların ev dışında rollerinin daha az olduğu, bu nedenle implantasyondan sonra iyileşmenin daha çabuk olduğu, ev halkı ve aileye bakım rollerine daha çabuk uyum sağladığını belirlemiştir.²¹ Kadınlarda ICD implantasyonunun giyinmeyi, beden duruşunu ve banyo yapmayı etkileyeceği belirtilmiştir.²²

ELEKTROMANYETİK ALAN KISITLILIĞI

Hastalar için diğer bir kısıtlılık da, hastanın elektromanyetik alandan sakınması gerekmektedir. Elektromanyetik dalgalara maruz kalma hırsızlığa

karşı kullanılan binalardaki dedektörler, MR cihazı, havaalanındaki güvenlik bantlarına 30 saniyeden fazla maruz kalındığında ICD aktivasyonunu yitirebilir.²³ Hastalar elektrokonvülsif tedavi alacaksa mutlaka hasta monitörize edilerek, oluşabilecek aritmiler yönünden izlenerek tedavisi yapılmalıdır.²⁴

HEMŞİRENİN ROLÜ

Hastaları ölümcül aritmilerden kurtaran, hayatta kalmalarını sağlayan elektronik cihazla uyum içinde yaşamak önemlidir. Hemşire öncelikle hastanın bu cihazla ilgili ne tür sorunlar yaşadığını ve bu sorunlar karşısında neler yaptığını belirlemelidir. Verilecek eğitim öncelikle bu sorunlara yönelik olmalı, aynı zamanda hasta ve ailesini kapsamlı ve sonrasında eğitimin etkinliği değerlendirilmelidir. Hemşire bireyin yaşadığı zorlukları tanımladıktan sonra, ne tür sosyal destek verileceğine karar vermeli, verilen bu desteğin yeterli olup olmadığını saptanmalıdır. Hastaların daha önce ICD takılan hastalarla görüşmesi, onların deneyim ve tecrübelerinden yararlanmaları sağlanabilir. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi çok önemlidir.

Çınar ve Tosun, 54 ICD hastasında (27 deney, 27 kontrol) yaptıkları çalışmada, hastalarla birebir görüşerek, eğitim gereksinimlerini belirlemiş ve bu gereksinimler doğrultusunda hastalara eğitim vermek suretiyle takip programında izlemişlerdir.²⁵

Yapılan izlem ve eğitim programlarının etkili olduğunu görüp, bu programların implantasyon öncesi ve sonrasında düzenli olarak yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşire, eğitimin en başında ICD takılan hasta ve ailesine cihazın neden takıldığı, işleyişi, olumlu ve olumsuz yönleri, hastanın sakınması gereken durum ve güçlükleri açıklayarak anlaşılabilir bir dille, hastanın anlayacağı şekilde anlatmalıdır.²⁶ Hastaya ve ailesine gerekli ise görsel içerikli yazılı broşürler hazırlanmalıdır. Unutulmaması gereken diğer bir konuda; hastaların yanında ICD sahibi olduklarına dair yazılı bir kart taşıması, bu kartta yakınlarına ulaşabilecek telefon numaraları, hemşire, hekim, hastane adı ve telefonu gibi özel bilgilerin mutlaka yer alması gerektiğinin bildirilmesidir. Hastalara hekim kontrollerini ihmal etmemesi, tedavi planını uygulaması gerektiği anlatılmalıdır. Kritik durumlar sırasında ve sonrasında yapılabilecekler konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Hemşire hastayı elektromanyetik alanlara uzun süre maruz kalındığında ICD aktivasyonun bozulabileceği ve ICD taşıdığına dair yanında tanıtıcı bir kart bulundurması konusunda bilgilendirmelidir.²³

Sonuç olarak ICD'si olan hastalar bütüncü olarak değerlendirilmeli ve hemşirelik girişimleri bu şekilde planlanmalıdır. İmplantasyon öncesi eğitimlere başlanmalı, mutlaka bu eğitimlerden sonra geri bildirim alınmalıdır. Bu doğrultuda bakımın planlanması ve uygulanması sonucu, hastalar yaşamlarını daha kaliteli sürdürebilirler.

KAYNAKLAR

1. Moss AJ, Greenberg H, Case RB, Zeraba W, Hall WJ, Brown MW et al. Long-term Clinical course of patients after termination of ventricular tachyarrhythmia by an implanted defibrillator. *Circulation* 2004;110:3760-65.
2. Burns JL, Serber ER, Keim S, Sears SF. Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: initial psychometric investigation of the florida patient acceptance survey. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005;16(4): 384-90.
3. Carroll DL, Hamilton GA. Long-term effects of implanted cardioverter defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. *American Journal Of Critical Care*, 2008; 17(3): 222-30.
4. Schron EB, Exner DV, Yao Q, Jenkin LS, Steinberg JS, Cook JR et al. Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation* 2002;105(5):589-94.
5. Bostwick JM, Christopher LS. An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *The Psychiatric Clinics of North America* 2007;30(4):677-88.
6. Burke J, Hallas C, Clark Carter D, White D, Connely D. The psychosocial impact of the implantable cardioverter defibrillator: A meta-analytic review. *British Journal of Health Psychology* 2003; 8(2):165-178.
7. Blotcher ES, Ockene IS. Methodological limitations of psychosocial interventions in patients with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders* 2009; 9: (56) 1-9.
8. Grace S, Abbey S, Irvine J, Zachary M, Stewart D. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom (abstract)* 2004;73:344-52.
9. Carney RM, Freedland KE, Jaffe AS, Frasure-Smith N, Lesperance F, Sheps DS et al. Depression as a risk factor for post-MI mortality. *Journal of the American College of Cardiology* 2004; 44(2):472.

10. Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, Jinhage BM, Sandstedt B, Edvardsson N et al. Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 563-72.
11. Ladwig K-H, Baumert J, Marten-Mittag B, Kolb C, Zrenner B, Schmitt C. Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the prospective living with an implanted cardioverter-defibrillator study. *Archives of General Psychiatry* 2008; 65(11):1324-30.
12. Hamilton GA, Carroll DL. The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs* 2004; 13:194-200.
13. Dunbar BS. Psychosocial issues of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American Journal of Critical Care* 2005; 14(4): 294-303.
14. Wójcicka M, Lewandowski M, Smolis-Bąk E. Psychological and clinical problems in young adults with implantable cardioverter-defibrillators. *Szwed Kardiol Pol* 2008;66:1050-58.
15. Vazquez LD, Sears SF, Shea JB, Vazquez PM. Sexual health for patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Circulation* 2010; 122:465-67.
16. Thijssen J, Borleffs WJ, Rees JB, Bie MK, Velde ET, Evren L et al. Driving restrictions after implantable cardioverter defibrillator implantation: an evidence-based approach. *European Heart Journal Advance Access* 2011; 5: 1-10.
17. Vazquez LD, Kuhl EA, Shea JB, Kirkness A, Lemon J, Whalley D et al. Age-specific differences in women with implantable cardioverter defibrillators: an international multi center study. *PACE* 2008; 31:1528-34.
18. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007; 176:1-44.
19. Yarnoz MJ, Curtis AB. Sex-based differences in cardiac resynchronization therapy and implantable cardioverter defibrillator therapies: Effectiveness and use. *Cardiol Rev* 2006; 14:292-98.
20. Passman R, Subacius H, Ruo B, Schaechter A, Howard A, Sears SF et al. Implantable cardioverter defibrillators and quality of life: Results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch Intern Med* 2007; 167:2226-32.
21. Kamphuis HC, Verhoven NW, Leeuw R, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA. ICD: A qualitative study of patient experience the first year after implantation. *J Clin Nurs* 2004;13:1008-16.
22. Tagney J, James JE, Albarran JW. Exploring the patient's experiences of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: A qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 3:195-203.
23. Chapa DW, Lee HJ, Kao CW, Friedmann E, Thomas SA, Anderson J et al. Reducing mortality with device therapy in heart failure patients without ventricular arrhythmias. *American Journal of Critical Care* 2008; 17(5):443-53.
24. Fetzer SJ. The patient with an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Peri Anesthesia Nursing* 2001; 18: (6):398-405.
25. Çınar İF, Tosun N. İntrakardiyak defibrilatörlü (ICD) hastalarda planlı eğitim ve takip programının etkinliğinin değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Dergisi* 2010; 17 (1):25.
26. Bell L, Cox B. Care of patients with an implanted cardiac device. *American Journal of Critical Care* 2008;17(5): 453-54.

Yoğun Bakımdaki Çocuğun Beslenmesi

Nutrition for Children in Pediatric Intensive Care Unit

Yrd.Doç.Dr. Gülçin BOZKURT^a

^aEbelik Bölümü,
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 05.10.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 05.04.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Gülçin BOZKURT
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
gbozkurt@istanbul.edu.tr

ÖZET Yoğun bakımdaki çocuklar hızlı metabolizmaları ve enerji depolarının sınırlı olması nedeniyle malnütrisyonla daha yatkındır. Pediatrik yoğun bakım ünitesindeki hasta için hem yetersiz besleme hem de aşırı besleme büyük enerji dengesizliklerine neden olabilir. Pediatrik yoğun bakımda çocuğun beslenmesine yönelik amaç, hastaların enerji gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi ve uygun beslenme desteğinin uygun yoldan verilmesidir. Gastrointestinal sistemi çalışan çocuklarda enteral beslenme parenteral beslenmeye tercih edilir. Parenteral beslenme yeterli besin miktarı oral veya enteral olarak sağlanamadığında uygulanır. Kritik hasta çocuklarda parenteral beslenme uygulamaları yaşam kurtarıcı olabilir, ancak yetersiz kullanımı ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu makalede pediatrik yoğun bakımdaki çocuklar için enteral ve parenteral beslenme için pratik bir çerçeve sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, yoğun bakım, enteral beslenme, parenteral beslenme

ABSTRACT Children with intensive care or injury have a higher metabolic rate and limited energy reserves and therefore a higher tendency to develop malnutrition. Both underfeeding and overfeeding may cause large energy imbalances on children who are in pediatric intensive care unit. The aim of the feeding the child in the pediatric intensive care is determining the child's energy need correctly and serve a proper feeding support in right a way. Accurate assessment of energy requirements and provision of optimal nutrition support therapy through the appropriate route is an important goal of pediatric critical care. The enteral route is preferred to parenteral nutrition on children whose gastrointestinal system is functioning. Parenteral nutrition is applied when sufficient nutritional supply can not be provided by orally or enterally. Parenteral nutrition applications in critically ill children may be life saving; however, inadequate use may cause serious complications. In this article aims to provide a practical outline on the use of enteral and parenteral nutrition for children in paediatric intensive care unit.

Key Words: Child, intensive care, enteral nutrition, parenteral nutrition

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2):72-8

Çocukların bazal metabolizmalarının ve organ işlevlerinin sürdürülmesi ve büyüme gelişmelerinin sağlanabilmesi için yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekir.^{1,2} Çocukların metabolizmasının hızlı, besin depolarının az olması, metabolik stresin etkisi ile enerji depolarının kısa sürede boşalması nedeniyle erişkinden daha kolay ve hızlı malnütrisyon gelişir. Yoğun bakımlarda yatan çocuklarda malnütrisyon gelişme oranı %24 ile oldukça yüksektir.^{1,3-5}

Hasta ya yoğun bakıma geldiğinde malnütrisyonludur ya da kritik hastalığa karşı oluşan metabolik yanıt sonucu malnütrisyon gelişebilir. Hasta

çocuk yoğun bakıma kabul edildiği ilk günlerde ekibin dikkati acil sorunlara odaklandığından, yoğun beslenmesi yetersiz kalmaktadır.^{3,5-8}

Pediyatrik yoğun bakımda çocuğun beslenmesine yönelik amaç, enerji gereksinimlerinin doğru belirlenmesi ve uygun yoldan verilmesidir. Besin gereksinimleri, her çocuk için hastalığının seyrine ve kişisel özelliklerine uygun olarak belirlenmelidir.^{1,4,7,9,10} Yoğun bakımdaki çocuğun yeterli beslenmesinin prognozu olumlu etkile kalış süresi arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır.^{3,5-8,11}

Beslenmenin önemi çok iyi anlaşılmalı birlikte hala birçok sorun yaşanmaktadır. Pediyatrik yoğun bakım ünitesindeki hasta için hem yetersiz besleme hem de aşırı besleme enerji dengesizliklerine neden olabilir. Yetersiz beslenmeye neden olan en önemli faktör sıvı kısıtlaması, girişimler için beslenmeye ara verilmesi ve beslenme intoleransdır.^{3,5-7,11}

Besin eksikliği için kritik sürenin ne olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte kısa süreli eksikliklerin bile prognozu olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Besin eksikliği durumunda, başlangıçta glikoliz ile hızla yaşamsal organlara glikoz sağlanır. Eksikliğin devam etmesi durumunda glikojen tükenir, serbest yağ asitlerinden keton üretimi ve protein yıkımı ile yaşamsal organların glikoz ihtiyacı karşılanmaya başlar.^{5,7}

Enerji gereksinimleri hesaplanırken aynı yaştaki sağlıklı çocuklar için geliştirilmiş formüller kullanılır ve stres faktörleri göz önünde bulundurulmaz ise aşırı beslenme riski olur. Glikoz miktarı arttıkça CO₂ yapımı ve buna bağlı solunum sıkıntısı artar, glikoz enerjiye dönüşmez ve yağ olarak depolanır. Karaciğer ve solunum fonksiyonları etkilenir, morbidite ve mortalite artar (Tablo 1).^{3-5,7}

BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun bakımdaki çocuklarda, beslenme yetersizliğinin veya riskini ortaya koymak için yatış sırasında beslenme durumu değerlendirilmelidir. Özellikle yaşamı tehdit edecek düzeyde malnutrisyonu bulunan çocuklarda, değerlendirme yapılırken bir yandan da çocuğa özgü beslenme planlanır.^{1,12}

Beslenmenin değerlendirilmesi; gastrointestinal sorunlar, büyüme öyküsü, vücut ağırlığındaki ve besin alımındaki değişiklikler gibi sübjektif değerlendirmeleri de içerir. Objektif değerlendirme kapsamında; klinik, antropometrik, laboratuvar verileri, büyüme indeksleri ve Tanner evrelemesine bakılır. İki yaş üzerindeki çocuklarda Beden Kitle İndeksi belirlenmesi, beslenme durumunun değerlendirilmesinde önemli bilgi verir. İki yaş altı çocuklarda ise yaşa göre ağırlık, boya göre ağırlık ölçümleri daha uygundur. Vücut ağırlığı kendi yaş grubuna göre %3 eksik ise büyümesi geri olarak değerlendirilir. Yoğun bakımdaki ağırlık değişiklikleri ve diğer antropometrik ölçümler değerlendirilirken uygulanan sıvı tedavileri ve diüretik kullanımı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.^{1,2} Laboratuvar değerlendirmesinde; albümin transferin, prealbümin vücudun protein havuzunun iyi bir göstergesi olarak kullanılır.^{1,5,12,13}

ENERJİ

Çocukların metabolizması erişkinine göre hızlı ve enerji gereksinimi vücut oranlarına göre (yenidoğan bir bebekte erişkinin 3 katı) fazladır. Enerji tüketimi doğrudan metabolik aktiviteden etkilenir. Metabolik aktivite; yaş, cinsiyet, vücut yüzeyi, vücut ağırlığı, boy, fiziksel aktivite, besinler, hormonal ve psöşik faktörlerin etkisi ile değişir (Tablo 2).^{2-5,7}

TABLO 1: Yersiz beslenmenin sonuçları.^{1,3-6}

Ağırlık kaybı (yağ ve kas kitlesi azalması)	Kas güçsüzlüğü
İmmün yanıtta azalma, enfeksiyon riskinde artış	Komplikasyon sıklığında artış
Mekanik ventilatördeki hastada spontan solunum geçişte güçlükler	Kardiyak debi azalması
Ödem (hiperalbüneni, onkotik basıncın düşmesi)	Metabolik asidoz
İyileşme ve hastanede kalış süresinin uzaması	Solunum fonksiyon bozuklukları
Cerrahi insizyonlarda komplikasyon	Yara iyileşmesinde gecikme
Gastrointestinal bozukluklar	Mortalite riski artar

TABLO 2: Enerji ihtiyacını etkileyen faktörler.⁵

Arttıranlar	Azaltanlar
Tartı-boy	Yaş
Ateş, titreme	Hipotermi
Solunum işinin artması	Mekanik ventilasyon
Ağrı, stres, bakım aktiviteleri	Sedasyon, analjezi
Sepsis	Çoğul organ yetersizliği
Beslenme	Açlık
Katakolinler, vazopresör ilaçlar	Beta blokerler

Beta blokerler Enerji ihtiyacının saptanmasında kullanılan en iyi yöntem indirek kalorimetre ile enerji tüketiminin ölçülmesidir. Pahalı olması ve uzmanlık istemesi nedeniyle rutin kullanılmamaktadır. İndirekt kalorimetri yönteminin uygun olmadığı ya da yapılamadığı durumlarda formüller veya nomogramlar kullanılabilir. Klinikte çocuklar tartılarak ve CO₂ düzeylerine bakılarak, enerji tüketimi konusunda kabaca bilgi sahibi olunmaktadır. Genel olarak çocuk yoğun bakım üniterlerinde ilk 5-7 gün 30-50 kkal/kg olacak şekilde kalori hesaplanır; sonra da hastanın ihtiyacına göre gereken kalori verilir.^{1,3,4} Parenteral yolla beslenen çocuklarda enteral beslenenlere göre enerji gereksinimi daha azdır. Enerji gereksinimi parenteral beslenenlerde yaş gruplarına göre; 0-1 yaş 90-120, 1-7 yaş 75-90, 7-12 yaş 60-75 ve 12-18 yaş 30-60 kkal/gündür.⁵

ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME BİLEŞENLERİ

Sıvı, protein, karbonhidrat, lipitler, elektrolitler (Na, K, Cl, Ca, Mg, P) ve vitaminler (A, C, D, E, K, B1, B2, B6, B12, Biotin). Dengeli bir beslenmede kalori oranları; %55'i karbonhidratlardan, %30'u yağlardan ve %15'i proteinlerden oluşur.¹⁻⁵

SIVI

Sıvı gereksinimi çocuğun hidrasyonu, vücut ağırlığı ve altta yatan hastalığına göre ayarlanır. Yetersiz sıvı verilmesi dehidratasyon, hipernatremi ve hiperosmalireteye neden olur. Fazla sıvı ise periferik ödem, akciğer ödemi ve konjestif kalp yetmezliğine neden olur.^{2,3,5} Parenteral verilecek sıvı miktarı, idame sıvı gereksinimi kadardır. Yenidoğanlarda yaşamın ilk 3 gününde hızlı bir sıvı elektrolit den-

gesizliği olduğundan parenteral beslenme genellikle tercih edilmez.⁴

Karbonhidrat

Karbonhidrat vermenin temel amacı, enerji ihtiyacını sağlamak ve beden kitle endeksini korumaktır. Yüksek konsantrasyondaki dekstroz solüsyonlarının flebit ve tromboz riskini artırması nedeniyle periferden verilecek dekstrozun %10'u geçmemesi önerilir.^{3,5} Yoğun bakımda çocuklarda glikoz infüzyon hızı dakikada 5 mg/kg ile sınırlandırılmalıdır.¹

Protein

Ağır hasta çocukların protein gereksinimi 1.5-3 gr/kg/gün değişiklik gösterir. Proteinin çocuğun büyümesinde kullanılabilmesi için diyetin yeterli enerji içermesi gerekir.^{2,3,5,12} Parenteral beslenmede protein gereksinimi aminoasit solüsyonları ile karşılanır. Bir yaş altındaki çocuklarda özellikle çocuklar için geliştirilmiş aminoasitler kullanılmalıdır.^{1,3,5}

Lipid

Yağdan eksik beslenme, esansiyel yağ asitlerinin eksikliğine yol açar. Lipidler total enerjinin %60'ını aşarsa yüksek ateş, nöbet, lokositoz ve şok tablosu ile karakterize yağ yüklenmesi sendromuna neden olur. Parenteral beslenmede lipidler diğer sıvılar ile karıştırılarak, periferik venlerden, yoğun konsantrasyondaki glikozdan daha güvenle verilebilir.^{3,5} Oksidasyonu desteklediği için dört haftayı aşan bir süre parenteral beslenme uygulanan hastalara kar nitin verilmesi önerilmektedir.³

Vitaminler-Eser Elementler

Yoğun bakımdaki hastada vitamin ve eser element kullanımının artması ve parenteral beslenmenin vitamin kaybını hızlandırması nedeniyle, dokularda vitamin eksikliği gelişir. Yağda eriyen vitaminlerin lipid solüsyonlarına katılması, suda eriyen vitaminlerin ise aminoasit-dekstroz solüsyonlarına katılması gerekir. Vitamin kaybını önlemek için vitaminler ve eser element preparatları, total parenteral beslenmeye başlamadan kısa bir süre önce solüsyona katılmalıdır.^{1,3} Vitamin verilirken ışıktan korumaya ve infüzyon setine yapışmamasına dikkat edilmelidir.⁵

ENTERAL BESLENME

Besin gereksinimlerinin karşılanmasında kullanılacak yolun seçimi önemlidir. Amerika Parenteral ve Enteral Nutrisyon Derneği (American Society for Parenteral Enteral Nutrition-ASPEN) kritik çocuk hastalar için nutrisyonel destek kılavuzu geliştirmiştir. Yoğun bakımdaki çocuğun beslenmesi bu kılavuz referans alınarak düzenlenmelidir.^{9,12}

Enteral beslenmeyi tolere edebileceği düşünülen ve yeterli kalorisinin enteral yol ile sağlanabileceği öngörülen hastalarda enteral beslenme uygulanması önerilmektedir. Enteral beslenmenin, parenteral beslenmeye göre gastrointestinal bütünlüğü sağlaması, enfeksiyon riskinin az olması, organ yetersizliğini önlemesi, besin öğelerinin tam ve daha dengeli sağlanması, kolay ve ucuz olması avantajları nedeniyle yoğun bakımda ilk seçilen beslenme şekli olarak tercih edilmektedir.^{3-6,12} Yoğun bakım hastasının hemodinamisi stabil ve gastrointestinal sistem fonksiyonları yeterli ise erken enteral beslenme (<24 saat) önerilmektedir.^{1,11,12,14}

Sindirim sisteminin kullanılmadığı, enteral beslenme için mutlak kontrendikasyon geliştiren durumlar arasında doğuştan anomaliler, gastrointestinal sistem obstrüksiyonu ya da kanaması, barsak iskemisi, hemodinamik bozukluk sayılabilir. Enteral beslenme sırasında batın distansiyonu gelişmesi ve komadaki hastanın aspirasyon riski taşıması ise göreceli kontrendikasyonlardır.^{1,2,5,6}

ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ

Yoğun bakımdaki yenidoğan ve 4 aydan küçük bebekler için; besin dengesini koruması, kolay sindirilebilmesi, immünolojik özellikleri ve büyümeyi uyarması nedeniyle en ideal besin anne sütüdür. Anne sütü alamayan bebeklerde formül mamalar tercih edilmelidir. Galaktozemi, laktoz, süt ya da soya proteinine intoleransı olan, emilim ve sindirim sorunları olan bebeklerde özel mamalar tercih edilir. Mamalar uzun süreli bağırsak dinlenmesinden sonra ilk kez enteral beslenmeye geçişte de tercih edilir. Sıvı kısıtlaması uygulanan çocuklarda, daha fazla kalori içeren konsantre mamalar tercih edilir. Formül mama ile beslenmede ozmolariteye

dikkat etmek gerekir. Hiper ozmotik mamalar mide boşalmasını geciktirebilir, abdominal gerginliğe kusma ve ishale yol açabilirler.^{1,2,4}

Enteral beslenme için; hafif malnütrisyonlu ve barsak fonksiyonları normal olan çocuklarda ev yapımı ürünler, tüm proteinleri içeren polimerik solüsyonlar ile elemental ve oligomerik ürünler kullanılabilir.^{1,4,14} Bu üç grup dışında akciğer hastaları, böbrek ve karaciğer yetmezliklerinde kullanılan protein, karbonhidrat ve yağ oranları, değişik olarak hazırlanmış özel enteral ürünler vardır.⁴

ENTERAL BESLENME YOLLARI VE UYGULAMASI

Enteral beslenmede temel amaç kullanılabilen en fizyolojik yoldan, hastanın besin ve kalori ihtiyacının karşılanmasıdır. Genel durumu bozuk olsa da, ağızdan beslenebilecek çocuklarda ağızdan beslenme tercih edilir. Ağızdan beslenmeyi yeterince tolere edemeyen çocuklar enteral yolla beslenebilir. Enteral yol seçimini etkileyen faktörler; Barsağın fonksiyonel durumu, yolun kullanım süresi, aspirasyon riski ve eşlik eden hastalıklardır. Aspirasyon riski yüksek değilse gastrik beslenme tercih edilir.^{1,2,4-6} İdeal enteral yol uygulaması tartışmalıdır çünkü yapılan çalışmalarda jejunal ve gastrik beslenme arasında fark saptanmamıştır. Enteral beslenme yolları nazogastrik tüp, transpilorik tüp (nazojejunal), gastrostomi ve jejunostomidir.^{1,2,5,14}

Nazogastrik/Transpilorik tüp ile beslenme; Nazogastrik (NG) tüp; enerjinin %80'ini ağızdan alamayan, ağızdan beslenme süresi 4 saati geçen, 4-6 haftadan kısa enteral beslenme gereken, emme refleksi gelişmemiş yenidoğanlarda, ağız boşluğu patalojilerinde, kafa travmalarında, özofagusun doğumsal veya edinsel patalojilerinde, kısa barsak sendromları ve yanık hastalarında tercih edilir. Transpilorik (Postpilorik) beslenme ise özellikle reflüsü ve gastrik boşalmada gecikme gibi aspirasyon riski yüksek olan hastalarda tercih edilir. Tüp yerleştirildikten sonra tüpün yeri hava enjeksiyonu, oskültasyon veya radyolojik olarak doğrulanmalıdır. Transpilorik tüplerin yerlerinin doğrulanması için 10 mL hava enjekte edildikten sonra geri emildiğinde, 2 mL'den az hava çekilmiş ise tüpün %99 piloru geçtiği düşünülür.^{1,2,46}

Nazogastrik/Transplorik tüplerin komplikasyonları; aspirasyon, burunda irritasyon, kulak, burun ve boğazda enfeksiyon olabilir. Aspirasyonu önlemek için tüpü pilorun ilerisine ilerletmeli, irritasyon ve basiya bağlı sorunları önlemek için NG tüp üç günde bir, transplorik tüpler ise sekiz günde bir değiştirilmelidir.⁴

Gastrostomi ile beslenme; uzun süre enteral beslenme gereken çocuklarda (4-6 haftanın üzerinde) ise gastrostomi ve jejunostomi gibi doğrudan, cerrahi ya da perkütan yolla takılan sondalar, maliyet, zaman ve morbiditeyi azaltması nedeniyle tercih edilir.^{1,4-6,14}

Gastrostomi komplikasyonları; gastrik fistül ve kaçaklar, stoma ağzının genişlemesi, stoma yeri enfeksiyonu, tıkanıklık ve tüpün çıkması en sık görülen komplikasyonlardır.⁴

Jejunostomi ile beslenme; gastrointestinal motilitesi zayıf olan, tama yakın mide rezeksiyonu veya üst gastrointestinal sistemin büyük operasyonlarından sonra tercih edilir. Yara enfeksiyonu, volvulus, kataterin yerinden çıkması gibi komplikasyonlar görülebilir.^{1,4,11,14} Tüple besleme bolus, aralıklı ve sürekli infüzyon şeklinde olabilir. Bolus tarzı beslenme mide kapasitesi ve boşalımı normal olan çocuklarda tercih edilir. Günlük beslenme miktarı 15-30 dakikalık 4-6 seansa bölünerek ayarlanır. Aralıklı beslenme rejiminde çocuk 3 saat beslenir, 2 saat dinlendirilir; bu şekilde aktivitesi kısıtlanmaz. Sürekli beslenme taşıyıcı proteinlerin daha hızlı doygunluğa erişmesi, intestinal işlevlerin daha iyi olması, volüm yüklenmesi ve kusma olmaması nedeniyle yenidoğan, prematüre bebekler ve kısa barsak sendromunda sıklıkla tercih edilmektedir.^{1,4-6,14}

ENTERAL BESLENMENİN TAKİBİ

Gastrointestinal, metabolik, mekanik ve büyüme parametreleri izlenmelidir. Tüpün pozisyonu 8 saatte bir, gastrostomi-jejunostomi yeri gerektiğçe kontrol edilir. Başlangıçta (ilk 48 saatte) 2-3 saatte bir sonra 8 saatte bir gastrik rezidü kontrolü yapılır. En son verilen miktarın yarısından fazla ise beslenmeye ara verilir ve düzelme görüldüğünde yavaş yavaş arttırılır. Postplorik beslenen hastalarda karın çevresinin düzenli ölçülmesi gerekir. Günlük

ağırlık takibi, haftalık boy takibi yapılmalıdır. Aldığı ve çıkardığı sıvı günlük, idrar yoğunluğu 8 saatte bir takip edilir. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, albumin, trigliserit ve kolesterol düzeyleri haftalık takip edilir.^{1,2,11}

Parenteral veya enteral beslenen bebeklerde emmeyi desteklemek ve ağızdan beslenmeye geçişin kolaylaştırmak için emzik kullanılmalıdır.¹¹

ENTERAL BESLENME KOMPLİKASYONLARI

Enteral beslenmede komplikasyonları mekanik (aspirasyon ve tüpün tıkanması), gastrointestinal (ishal (%20-70), bulantı, kusma, konstipasyon vb.) ve metabolik komplikasyonlar (Azotemi, dehidrasyon, aşırı hidrasyon, hiperglisemi, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, hiponatremi, hiperhipofosfatem, hiperkalemi, yavaş veya hızlı ağırlık artışı ve hiç kilo alamama) başlıkları altında değerlendirilmektedir.^{1,5,6,15}

PARENTERAL BESLENME

Enteral beslenme daha doğal ve güvenli olmasına rağmen verilen besinlerin yoğun bakımdaki çocuk için yeterli olmadığı saptanmıştır. Kalori ihtiyacındaki artış enteral beslenmeden parenteral beslenmeye geçişin en sık nedenidir.^{3,5,9,10}

Sindirim sisteminin tümüyle ya da yeterince kullanılmadığı durumlarda, gerekli besin maddelerinin intravenöz yoldan verilmesine parenteral beslenme (PB) denir. Parenteral beslenme bazı hastalar için sadece bir destek tedavisi iken, yoğun bakım ünitesindeki çocuklarda doğru uygulandığında yaşam şansını ve kalitesini arttırır. PB akut hastalığın başlangıcından 48 saat sonra başlanması önerilmektedir. Beş günden kısa süre beslenememe sorunu olan ve terminal dönemdeki hastalarda PB önerilmez.^{1,4,5,9}

Parenteral beslenme endikasyonları:

- Cerrahi gastrointestinal hastalıklar (trakeaözofagal fistül, gastrointestinal fistül, hirsprung, diyafragmatik herni, intestinal atreziler vb.)
- İntestinal hastalıklar (ishal, enflamatuvar barsak hastalığı, ciddi malabsorbsiyon vb.)
- Solunum sıkıntısı olan hastalar (respiratuvar distress sendromu vb.)

- Prematür/düşük doğum ağırlıklı bebekler, hipermetabolik durumlar (Ağır yanıklar)

- Maling hastalıklar (Radyasyon enteriti, kanser kaşeksi, kemoterapi), kemik iliği ve organ transplantasyonu.^{1,3,4,14}

PARENTERAL BESLENMENİN UYGULANMASI

Çoğunlukla santral venöz yol veya periferik bir damardan uygulanır. Periferik bir ven kullanıldığında konsantrasyonu düşük sıvılar verilmelidir. Çocuklarda santral venöz kateter, çoğunlukla subklavian, juguler veya femoral yoldan uygulanır. Tedavi süresi 4 haftadan uzun sürecek ise santral venöz yol kullanılmalıdır.^{3,4,5,14}

Sette ve solüsyonlardaki hava, çökmüş maddeler ve mikroorganizmaların hastaya geçmesini önlemek için filtre kullanılmalıdır. Küçük çocuk ve yenidoğanda hazır solüsyonlardan ziyade hastaya göre hazırlanan solüsyonlar kullanılır. Parenteral solüsyonların içine makro ve mikro besin maddeleri dışında, ilaç gibi maddeler katılmamalıdır.³

PARENTERAL BESLENMENİN İZLEMİ

Parenteral beslenmeye başlamadan önce çocuklarda klinik ve biyokimyasal olarak; ağırlık, boy, baş çevresi, hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler, albumin, kolesterol ve trigliserit düzeylerine bakılmalıdır. Çocuğun izlenme sıklığı klinik durumu, malnütrasyonun derecesi, enteral ve parenteral beslenmenin süresine göre değişir.^{1,3,9,13}

PARENTERAL BESLENME KOMPLİKASYONLARI

Parenteral beslenmeye bağlı komplikasyonlar, mekanik, septik ve metabolik olarak sınıflandırılır.^{3,5}

Mekanik komplikasyonlar (santral venöz katetere bağlı gelişir); kateterin yerinin doğru olması, hava embolisi, pnömotoraks, hemotoraks, tromboemboli ve subklavian arter yaralanmasıdır.^{1,3,4,9,14}

Septik komplikasyonları (sepsis, bakteriyemi, kateter yeri enfeksiyonu); PB'de Periferik kanül 1-4 günde bir değiştirilmeli, Santral kateter bakımı iki günde bir yapılmalıdır.^{1,3-5,9}

Metabolik komplikasyonlar; Elektrolit (hipokalsemi, hiperkalsemi, hipomagnezemi), ve asid-baz dengesi bozuklukları hiperglisemi, hipoglisemi, hiperlipidemi, dehidrasyon, ve sıvı yüklenmesi olabilir.^{1,3,4,9,14}

PARENTERAL BESLENMEDEN ENTERAL BESLENMEYE GEÇİŞ

Enteral beslenme ile çocuğun besin ihtiyacı karşılanıyor ise parenteral beslenme azaltılır. Hastalara ettiği oranda önce verilen miktarda daha sonra da konsantrasyonda artış yapılır.^{1,3,4}

SONUÇ

Yoğun bakımdaki çocuğun beslenmesi, tedavisine çok büyük katkılar sağlamasına karşın, doğru uygulanmadığında da ciddi komplikasyonlar içeren bir destek tedavidir. Bu çocukların beslenmesinde enteral beslenmeye öncelik verilmeli, enteral beslenemeyen çocuklarda parenteral beslenme tercih edilmelidir. Beslenme desteği uygulanan çocuklarda hemşirenin rolü; beslenme tipinin, yolunun seçiminden başlayarak, beslenme yolunun açılması veya açılmasının desteklenmesi, önerilen besinlerin hastaya doğru şekilde verilmesi ve komplikasyonların izlenmesi sürecinde çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ağın H. Nutrition in critically ill patients. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2011; 7(1): 73-80.
2. Demir GC. Çocuklarda enteral beslenme uygulamaları. *Klinik Çocuk Forumu* 200; 33-41.
3. Çıtak A, Uzel N. Çocuk yoğun bakımda total parenteral beslenme. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2006; 4(1):32-39.
4. Gündoğdu G, Avlan D, Aksöyek S. Çocuklarda sıvı tedavisinin temelleri ve enteral-parenteral beslenme. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007; 3(6):25-34.
5. Kendirli T. Kritik çocuk hastada beslenme. *Klinik Gelişim* 2011; 24:34-43.
6. Köroğlu TF. Pediatrik hastada beslenme. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2006; 4(1):27-31.
7. Erkan T. Kritik hastanın beslenmesi. Sever L, Taştan Y editor. *Pediatric aciller sempozyumu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*; 2007. p. 105-118.
8. Hulst J, Joosten K, Zimmermann L, Hop W, Buuren SV, Büller H, Tibboel D, Goudoever. Malnutrition in critically ill children: from admission to 6 months after discharge. *Clinical Nutrition* 2004; 23:223-232.

9. Demirkol D. Kritik hasta çocuklarda parenteral beslenme. Klinik Gelişim 2011; 24:44-49.
10. Mehta NM, McAleer D, Hamilton S, Naples E, Leavitt K, Mitchell P, Duggan C. Challenges to optimal enteral nutrition in a multidisciplinary pediatric intensive care unit. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 2009;20(10): 1-8.
11. Artan R. Hasta çocuk beslenmesi. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler 2007; 3(6):25-34.
12. Mehta NM, Compher C. A.S.P.E.N clinical guidelines: Nutrition support of the critically ill child. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2009; 33:260-276
13. Diker T, Öntürk ZK, Badır A, Arslan Eti F. Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme Gereksinimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009; 13(2):90-93.
14. Gündoğdu G, Avlan D, Aksöyek S. Çocuklarda sıvı beslenmesinin temelleri ve enteral-parenteral beslenme. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler 2007; 3(6):25-34.
15. Uysal N, Eşer İ, Kohorsid L: Hemşirelerin enteral beslenme işlemine yönelik uygulama ve kayıtlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 4(2):1-9.