

YOĞUN BAKIM HEMŐİRELIĐİ DERGİSİ

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



YIL(YEAR) 2019

CİLT(VOLUME) 23

SAYI (NUMBER) 1

NİSAN (APRIL) 2019

NİSAN, AĞUSTOS, ARALIK'TA YAYINLANIR / ISSUED IN APRIL, AUGUST, DECEMBER

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU	i
YAZARLARA BİLGİ	ii
ARAŞTIRMA	
Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları <i>The Effects of Environmental Stressors on Patients in Reanimation Intensive Care Unit</i> Fatma TEZCAN KARADENİZ, Nevin KANAN.....	1
Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları <i>Attitudes Regarding Respectable Death Principles Among Intensive Care Physicians and Nurses</i> Selmin KÖSE, Berrin İNAL TUNALI, Gülay YILDIRIM.....	9
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Göğüs Fizyoterapisi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi <i>Investigation of The Chest Physiotherapy Knowledge And Behaviours of The Nurses Who Work in The Anesthesia and Reanimation Intensive Care Unit</i> Tuğba KIRA, Ebru ARSLAN ÖZDEMİR, Cevriye YÜKSEL KAÇAN.....	18
Yoğun Bakım Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Bakım Paketlerinin Kullanımı <i>Use of Care Bundles in Preventing Intensive Care Infections</i> Sevim ŞEN, Esra UĞUR, Sibel AFACAN, Meral SÖNMEZOĞLU.....	27
OLGU SUNUMU	
Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Edilen Travmalı Geriatrik Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı <i>The Nursing Care of The Geriatric Patient with Trauma Treated in Intensive Care Unit Based on The Gordon's Functional Health Patterns Model</i> Seda ER, Vildan KOCATEPE, Gamze KAHRAMANTÜRK, Esra UĞUR.....	36
DERLEME	
Yoğun Bakım Hemşirelerinde Alarm Yorgunluğu ve Yönetimi <i>Alarm Fatigue in Critical Care Nurses and It's Management</i> Fatma DURSUN ERGEZEN, Emine KOL.....	43
Yoğun Bakım Hastasının ve Ailesinin Onuruna Saygı ve Mahremiyet <i>Respect and Privacy on Dignity of Intensive Care Patient and Family</i> Sevinç MERSİN, Burcu BAYRAK KAHRAMAN.....	50

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

EDİDÖR

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ

DERGİ SAHİBİ

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

YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ (PUBLISHING MANAGER)

Berin İNAL TUNALI

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU (SCIENTIFIC REVIEW BOARD)

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

YAZARLARA BİLGİ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bilimsel ve çift-kör hakemli bir yayın organdır. Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında olmak üzere yılda üç sayı şeklinde yayımlanır. Yazı dili Türkçedir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayımlanabilir.

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma ön sonuçlarını içeren kısa bildirimleri, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini (izinli), çevirileri (izinli), uzmanlık tezlerinin özet ve sonuç, bölümlerini, konferans, kongre ve toplantılarda sunulmuş, ancak tamamı yayımlanmamış bildirimleri, editöre mektupları ve bilimsel toplantı duyurularını yayımlar. Herhangi bir yazının yayımlanması, dergi ve Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bu yazının görüşlerine katıldığı anlamına gelmez. Benzer şekilde, her türlü ticari ürün veya hizmet tanıtım ve reklamın dergide yayımlanması, bu ürün veya hizmetlerin desteklendiğini göstermez. Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

YAYIN DEVİR HAKKI VE YAZILARIN TESLİM EDİLMESİ

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

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

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

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

YAZILARIN GÖNDERİLMESİ

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

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

· Yazılar standart A4 sayfa yapısında iki satır aralıklı olarak yazılmış şekilde dergipark sistemi üzerinden gönderilecektir.

· Sayfa kenarlarında 2.5 cm boşluk bırakılmalı ve her bir sayfa başlık sayfasından itibaren numaralandırılmalıdır.

· Başlık sayfası dışında, metnin basılı olduğu sayfalarda yazar adı kullanılmamalıdır.

· Araştırma, çalışma ve derlemeler 15 (kaynaklar, şekil ve tablo sayfaları dahil) sayfayı aşmamalıdır.

YAZININ ORGANİZASYONU

Yazılar her biri ayrı sayfadan başlayacak şekilde aşağıdaki sırayı takip etmelidir.

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

1. Başlık Sayfası

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

2. Özet (Türkçe ve İngilizce):

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

3. Metin

Giriş, gereç ve yöntem, bulguları, tartışma ve kaynaklar bölümlerinden oluşur. İnceleme yazılarında bu başlıklandırma zorunlu değildir.

Gereç ve Yöntem: Bu bölümde olgular üzerinde açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç ve yöntemler belirtmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)de bildirilmelidir.

Bulgular: Bu bölümde çalışmanın sonuçları verilmelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekli içinde sunulmalıdır. Tabloların çok hacimle olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

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

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

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

· Kongre 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.

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

· Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örneklere uyulmalıdır

Dergi

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

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

Kitap

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

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

Kitaptan bölüm

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

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

Tez

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

TABLO VE ŞEKİLLER

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

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

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

YAZARLAR TARAFINDAN UYULMASI GEREKEN ETİK KURALLAR

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

YAYIN KONTROL LİSTESİ

Yazılar

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

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

Tüm yazarlarca imzalanmış yayın devir hakkı formu

Türkçe ve İngilizce Özet (250 sözcük)

Makale (dergi yazım kurallarına uygun)

Kaynaklar (dergi kaynak yazım kuralları)

REANİMASYON YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN ÇEVRESEL STRESÖRLERDEN ETKİLENME DURUMLARI***THE EFFECTS OF ENVIRONMENTAL STRESSORS ON PATIENTS IN REANIMATION INTENSIVE CARE UNIT***Fatma TEZCAN KARADENİZ^a, Nevin KANAN^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma bir üniversite hastanesinin reanimasyon ünitesinde yatmakta olan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Gereç ve Yöntem: Veriler, reanimasyon ünitesinde tedavi gören 142 hastadan toplandı. Çalışmada “Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)” ve araştırmacının literatür incelemesi sonucu hazırlanmış olduğu sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bilgilere ait sorulardan oluşan “Hasta Tanıtım Formu” kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman’s korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Bulgular: Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları en önemli stresörler sırasıyla; ağrı olması, su içememek, aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek, mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması), tüplere bağlanmış olmak ve eşini özllemek; en düşük stresörler; hemşirelerin, yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları, hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri, sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi, doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla fiziksel muayene yapılması olarak saptandı. Sonuç: Hemşirelerin, hastaların çevreye yönelik algılarını, stres kaynaklarını ve stres durumunda gösterdiği tepkileri iyi değerlendirmesi, hastanın çevresini stresörlere göre düzenlemesi ve önlemler alması, yoğun bakım ünitesi hastalarının algıladıkları çevresel stresörler ile ilgili, farklı kliniklerde ve daha geniş örneklem grubu ile araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Reanimasyon, Stres, Yoğun bakım

ABSTRACT Aim: This study was carried out as a descriptive study in order to determine the effects of environmental stressors on the patients in the reanimation unit of a university hospital. Materials and Methods: Data were collected from 142 patients treated at reanimation unit. In this study, "Environmental Stressors Scale in Intensive Care Unit" and sociodemographic characteristics prepared by the researcher as a result of literature review and "Patient Information Form" consisting of questions related to the disease were used. Mann-Whitney U, Kruskal Wallis test and Spearman's correlation analysis were used to evaluate the relationships between variables. Significance was at least $p < 0.05$. Results: As a result of the study, the most important stressors perceived by the patients in reanimation intensive care unit were; being in pain, being thirsty, seeing family and friends only for a few minutes each day, having no privacy, being tied down by tubes, missing husband or wife; lowest stressors; having nurses constantly doing things around your bed, feeling nurses are watching the machines closer than watching you, having your blood pressure taken often, frequent physical exams by doctors and nurses. Conclusion: It can be suggested that the nurses should evaluate their perceptions about the environment, the sources of stress and their reactions in the case of stress, arrange the patient's environment according to the stressors and take precautions, and researches in different clinics and larger sample groups about the environmental stressors perceived by the intensive care unit patients.

Key words: Reanimation, Stress, Intensive care

GİRİŞ

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 28223 sayılı Genelgesi'ne göre yoğun bakım; bir ya da birden fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümü olarak tanımlanmıştır.¹ Yoğun bakıma kardiyovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik vb. gibi nedenlerle yaşam fonksiyonlarında işlev yetersizliği gelişen, organ destek tedavisi ve yoğun izlem gerektiren

hastalar kabul edilir.¹⁻⁴ Yoğun bakım ünitelerinin (YBÜ), fiziksel durumu ağır olan hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, ileri teknoloji uygulamaları nedeniyle karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimler olması nedeniyle hastalar, fiziksel, çevresel ve psikososyal açıdan birçok stresöre maruz kalmaktadır. Tüm bu stresörler hastalarda fiziksel ve duygusal uyum güçlükleri, anksiyete, depresyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastalar

* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezidir.

Geliş Tarihi/Received:28.11.2018; Kabul Tarihi/Accepted:07.04.2019

^aUzman Hemşire, İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ünitesi, İSTANBUL

^b Prof. Dr. Cerrahpaşa-Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Fatma TEZCAN KARADENİZ

E-posta: fatma.tezcankaradeniz@istanbul.edu.tr

yaygın olarak ölüm korkusu ya da yetersizlik korkusu yaşayabilmektedir.^{5 -7}

Kelime anlamı olarak ruhsal gerilim, zorlanma, baskı, gerilme olarak tanımlanmakta olan stres;⁸ en genel tanımıyla kişinin maruz kaldığı durum, olay ve eylemler sonucu organizmanın fiziksel ve psikolojik sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir uyum tepkisini, kişide tehdit yaratan faktörleri, uyarıcıları veya bu faktörlerle ortaya çıkan cevabı açıklayan kavramdır.^{5 -7} Bireyin maruz kaldığı durumla başa çıkma yeteneği arasında uyumsuzluk algılandığında stres görülür.

Bireyin kişilik özellikleri, psikolojik durumu, ruh hali ve fiziksel dayanıklılığı stres karşısındaki tutumunu etkilemektedir.⁹ YBÜ’de hastaların yaşadığı stres nedeniyle ortaya çıkan sorunlar, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek, iyileşme ve hastanede yatış süresini uzatmaktadır. Bu sorunlar, hasta YBÜ’nde tedavi olurken ortaya çıktığı gibi hasta kliniğe transport edildikten ya da taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir.⁹

Bu çalışma; bir üniversite hastanesinin YBÜ’de yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

METOT

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma 28.08.2017-01.02.2018 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin reanimasyon YBÜ’de tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, verilerin toplandığı tarihler arasında YBÜ’de yatmakta olan hastalar, örneklemi ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, bilinci açık, sedasyon almayan, işbirliği yapılabilen, iletişim sorunu olmayan, en az bir gece YBÜ’de tedavi görmüş 142 hasta oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Veriler, Hasta Tanıtım Formu ve Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) kullanılarak elde edildi.

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu hazırlanan sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin sorulardan oluştu.

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ): Ballard tarafından 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde geliştirilen, Cochran ve Ganong tarafından 1989 yılında revize edilen, Aslan tarafından 2010 yılında Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik

çalışması yapılan, 42 maddeden oluşan bir ölçektir.^{10 -13}

Ölçek likert tipte olup ölçek maddeleri; Çok fazla etkiler (4); Sıklıkla etkiler (3); Çok az etkiler (2); Hiç etkilemez (1) şeklinde derecelendirilmektedir. Verilen cevaplar toplanarak YBÜÇSÖ toplam puanı elde edilir. Ölçekten en düşük 42, en yüksek 168 puan alınmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması stresin fazla olduğunu gösterir. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach’s Alpha katsayısı 0,94 iken, bu çalışmada da 0,946’dir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı’nda lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi, değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman’s Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı YBÜ, üçüncü düzeyde olup, cerrahi girişim sonrası yakın izlem gerektiren hastaların da kabul edildiği bir ünitedir. Bazı hastaların bilinç durumlarının uygun olmaması ya da sedatize olmaları nedeniyle ölçek tüm hastalara uygulanamadı. Bu çalışmadan elde edilen veriler sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye ve YBÜ’ye genellenebilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için etik kurul ve kurum izni, ölçek kullanımı için; YBÜÇSÖ’yü 2010 yılında Türkçe’ye uyarlayan Aslan ve Danışmanı Çınar’dan yazılı izin alındı. Araştırmanın yürütülmesinde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyuldu. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldı. Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak çalışmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.

BULGULAR

Çalışma %52,1’i (n=74) kadın, %47,9’u (n=68) erkek olmak üzere 142 hasta ile gerçekleştirildi. Hastaların yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte

olup, yaş ortalaması 55,84±15,21 yıl; %81'i (n=115) evli; %47,8'i (n=68) ilkokul mezunudur. Hastaların YBÜ'de yatış nedenleri incelendiğinde; %88,7'si (n=126) cerrahi girişim sonrası yakın izlem, %4,3'ü (n=6) pnömoni, %2,8'i (n=4) sepsis, %2,8'i (n=4) trafik kazası, bir hasta nefrotik sendrom, bir hasta ise myastenia gravis nedeniyle yatmaktaydı. Hastaların %35,9'unda (n=51) kronik hastalık bulunmazken, %64,1'inde (n=91) kronik hastalık görüldüğü ve bunun %52,8'sinin (n=75) hipertansiyon, %33,8'inin

(n=48) diyabet, %15,5'inin (n=22) kalp, %9,2'sinin (n=13) solunum sistemi ve %3,5 (n=5) diğer hastalıklar olduğu belirlendi.

Çalışmada hastalar tarafından; ağrı, su içememe, aile ve arkadaşlarını günde birkaç dakika görmek, mahremiyetin olmaması, tüplere bağlanmış olmak, eşini özlemek, serum setleri nedeniyle el ve kollarının hareketinin önlenmesi, girişimlerin zamanını bilememek gibi durumların ilk sıralarda yer alan stresörler olduğu saptandı (Tablo 1). Ölçek toplam puan ortalaması 69,26±21,84 (43-141)'dir.

Tablo 1. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'ne verilen cevaplar, soru bazlı ortalama ve sıralama

	Sıralama(Rank)	Ortalama	Sapma
1.Tüplere bağlanmış olmak	5	2,25	1,31
2.Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	37	1,22	0,62
3.Hemşirelerin çok aceleci olmaları	38	1,18	0,54
4.Su içememek	2	2,42	1,27
5.Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	40	1,17	0,57
6.Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	34	1,30	0,75
7.Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	36	1,25	0,71
8.Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	39	1,18	0,63
9.Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	33	1,31	0,75
10.Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	41	1,11	0,48
11.Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	18	1,66	0,97
12.Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	27	1,45	0,85
13.Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	16	1,72	0,97
14.Eşinizi özlemek®	6	2,15	1,26
15.Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	15	1,77	1,05
16.Kalp monitörünüzün alarımının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	35	1,27	0,69
17.Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	42	1,08	0,34
18.Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	10	2,01	1,21
19.Saatin kaç/zamanın ne olduğunu bilmemek	11	1,92	1,14
20.Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	22	1,58	0,95
21.Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	20	1,60	1,08
22.Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	3	2,32	1,22
23.Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	9	2,02	1,12
24.Hemşireler tarafından uyandırılmak	23	1,56	1,03
25.Alışılmadık sesler duymak	21	1,59	1,00
26.Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	32	1,32	0,77
27.Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	25	1,54	1,04
28.Uyuyamamak	12	1,92	1,19
29.Serum setleri nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	8	2,04	1,13
30.Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	19	1,61	1,08
31.Işıkların sürekli (açık) olması	13	1,89	1,19
32.Ağrı olması	1	2,58	1,11

33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/kan torbalarını görmek	30	1,37	0,85
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	24	1,56	1,02
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	31	1,34	0,79
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	28	1,40	0,86
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	14	1,85	1,12
38. Hangi günde olduğunu bilmemek	26	1,46	0,89
39. Sıkılmak	7	2,07	1,13
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	4	2,29	1,33
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	29	1,38	0,86
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	17	1,69	1,09

^a115 kişi

Yaş gruplarına, eğitim düzeyi ve medeni duruma göre YBÜÇSÖ toplam puanı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanarak; kadınların puanlarının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). Solunum sistemi hastalıkları, kalp hastalığı, hipertansiyon,

diyabet ve diğer kronik hastalıkların varlığına göre YBÜÇSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Yoğun bakımda yatış sebebine göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,087$; $p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Demografik özelliklere göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği puanlarının değerlendirmesi

		n	YBÜÇSÖ Toplam Puan		P
			Min.-Mak. (Medyan)	Ort±Ss	
Yaş (yıl)	<40 yaş	25	47-13 (64,5)	76,00±30,09	^b 0,553
	41-50 yaş	17	47-127 (65)	69,42±18,73	
	51-60 yaş	41	44-141 (69)	70,63±21,17	
	61-70 yaş	33	43-111 (61)	64,69±18,14	
	>71	26	47-129 (64)	66,29±19,32	
Cinsiyet	Kadın	74	43-141 (70,5)	74,63±23,31	^a 0,001**
	Erkek	68	44-130 (57,5)	63,41±18,59	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	13	46-119 (69)	72,33±23,88	^b 0,523
	İlkokul	68	44-141 (68)	71,34±22,68	
	Ortaokul	19	47-130 (64)	68,71±21,87	
	Lise	22	46-93,2 (59,2)	61,80±13,14	
	Üniversite ve üzeri	20	43-129 (60,5)	68,90±25,24	
Medeni durum	Bekâr	27	43-108,6 (71,7)	71,14±17,23	^a 0,177
	Evli	115	44-141 (63)	68,82±22,84	

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

** $p<0,01$

TARTIŞMA

Çalışmada, hastaların YBÜÇSÖ toplam puan ortalaması $69,26 \pm 21,84$ 'tür. Kalp damar cerrahisi YBÜ'de yapılan bir çalışmada hastaların YBÜÇSÖ toplam ölçek puan ortalaması $86,70 \pm 2,73$ olarak saptanmıştır.¹⁴ Ölçek puanının değerlendirilmesi için bir kesme noktası olmamasına rağmen, bu çalışmadaki sonuç, hastaların stres düzeylerinin diğer çalışmaya göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışma bulgularında yaş gurupları, eğitim düzeyi ve medeni durum ile YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi; kadın hastaların puanları erkek hastaların puanlarından yüksek bulundu. Yaman Aktaş ve ark.'nın, kalp damar cerrahisi YBÜ'de tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörleri inceledikleri araştırmada; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun ölçek toplam puan ortalamasını anlamlı olarak etkilemediği,¹⁴ Zaybak ve Yapucu Güneş çalışmalarında, eğitim düzeyinin yoğun bakım deneyimini etkilemediği,¹⁵ Hweidi'nin çalışmasında medeni durumun, eğitim düzeyi ve yaşın hastaların algıladığı stres düzeyini etkilediği, cinsiyetin stres düzeyini etkilemediği saptanmıştır.¹⁶ Cinsiyet değişkeni hariç diğer demografik değişkenler açısından sonuçların paralel olduğu, demografik değişkenlerin yoğun bakım çevresini algılamada etkili olmadığı söylenebilir. Cinsiyet açısından bu farklılığın kadın ve erkeğin yaşamda farklı sorumluluklar üstlenmesi, kadınların ev, iş ve ailedeki rollerinden kaynaklı hassasiyetleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, reanimasyon YBÜ'de yatan hastaların algıladıkları en önemli stresör, ağrı olarak saptandı. Yapılan birçok çalışmada, ağrı en önemli¹⁴ ya da ikinci önemli stresör,¹⁶ yaşanan en önemli semptom,¹⁷ ve sorunların en önemli nedeni olarak ifade edilmektedir.¹⁸ Eti Aslan ve Karadağ çalışmalarında, yoğun bakımdaki hastaların %60'ından fazlasının orta ya da şiddetli derecede ağrı çektiğini belirlemişlerdir.¹⁹ Bu çalışma sonuçları, diğer araştırmaların sonuçları ile ^{14,16,17,18} benzerlik göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesinde hastaların hemodinamik izlem amacıyla yapılan invaziv girişimler, hastalarda ağrı ve acıya sebep olmakta; ağrı doğru tanımlanmadığında ve etkin bir şekilde yönetilemediğinde olumsuz hasta

sonuçlarına neden olmaktadır. Klinik uygulama standartlarının ve multidisipliner yaklaşımın kullanılmasının esas olduğu ağrı yönetiminde, yoğun bakım hemşirelerinin, ağrının nedenleri, sonuçları ve ağrı yönetimi hakkında bilgi sahibi olmaları anahtar rol oynar.^{17,19,20}

Reanimasyon YBÜ'de yatan hastaların algıladıkları ikinci önemli stresör su içememek olarak saptandı. Gültekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hastalarda algılanan en önemli stresör olarak saptanan susuzluk,²¹ birçok çalışmada orta ya da şiddetli düzeyde stres faktörü olarak saptanırken;^{18,22,23} Zaybak ve Çevik'in çalışmasında düşük düzeyde stres faktörü olarak belirlenmiştir.²⁴ Çalışma biriminde tüm hastaların oksijen tedavisi alması, oksijenin mukoz membranları kurutması²⁵ hastaların susuzluk hissetmesinde etken olduğu ve hemşirelerin hastaların susuzluk semptomlarına yönelik girişimde bulunmadığını düşündürmektedir.

Çalışmada, aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek üçüncü önemli stresör olarak saptandı. Gültekin ve ark.'nın çalışmasında yedinci stresör olarak;²¹ Akın ve Arıboğan'ın çalışmalarında üçüncü sırada ve her iki cinsiyet için ortak stres faktörü olarak saptanırken;²⁶ Zaybak ve Çevik'in çalışmasında ise, 17. stresör olarak saptanmıştır.²⁴ Bu fark kurumların hasta ziyaret politikalarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Mahremiyetin (gizliliğin) olmaması dördüncü önemli stresör olarak saptandı. Yaman Aktaş ve ark.'nın çalışmasında üçüncü önemli stresör olarak;¹⁴ Zaybak ve Çevik'in çalışmasında ikinci önemli stresör olarak saptanırken,²⁴ Yava ve ark.'nın çalışmasında 11. stresör olarak saptanmıştır.²⁷ Bu stresörün hastalar tarafından dördüncü sırada algılanması, mahremiyetin korunması konusunda gerekli önlemlerin yeteri kadar alınmadığını düşündürmektedir. Ancak kültürel farklılıklar, çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ortamının fiziksel koşulları, koğuş tipi yapılanmış olması, erkek ve kadın hastaların aynı ortamda yatırılması, hastaların giydirilememesi, sadece nevrerim ile örtülmesinin bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tüplere bağlanmış olmak beşinci önemli stresör olarak saptandı. Zaybak ve Yapucu Güneş'in yaptıkları çalışmada, solunum cihazına bağlı kalma durumlarının hastaların yoğun bakım deneyimini olumsuz etkilediği, konuşamamak, duygu, düşünce ve

isteklerini ifade edememek ve solunumlarının ventilatörle desteklenmesi, ventilatöre bağlı hastalar için en stresli ve rahatsız edici deneyimler olarak belirtilmiş, bu durumun hastaların anksiyete, korku, özsaygı kaybı, acı, stres ve güvensizlik duymalarına neden olduğu bildirilmiştir.¹⁵ Zaybak ve Çevik'in çalışmasında, ağızda ve burunda tüplerin olması en önemli stresör olarak saptanmış olup²⁴ bu çalışma bulgusundaki "tüplere bağlanmış olmak ifadesi", onların "ağızda ve burunda tüp olması" ifadesi ile benzerlik göstermektedir. Çalışma bulguları, diğer çalışma bulgularını^{15, 24} desteklemektedir.

Çalışmada, eşini özlemek, altıncı önemli stresör olarak saptandı. So ve Chan'ın çalışmasında dokuzuncu,²² Gültekin ve ark. çalışmasında 15.,²¹ Zaybak ve Çevik'in çalışmasında 13.,²⁴ Hweidi'nin çalışmasında 14. stresör olarak saptanmıştır.¹⁶ Bu çalışmaya katılan olguların %81' inin evli olması, bu stresörün yüksek düzeyde algılanmasına neden olabilir.

Hemşirelerin çok aceleci olmaları en düşük algılanan beşinci stresör olarak saptandı. Hemşirelerin çok aceleci olmaları, Gültekin ve ark. çalışmasında 35.,²¹ Hweidi'nin çalışmasında 40. stresör olarak saptanırken;¹⁶ Zaybak ve Çevik'in çalışmasında 21. stresör olarak saptanmıştır.²⁴ Hastaların hemşirelerin aceleci tavırlarını işin bir parçası olarak gördükleri için düşük oranda etkilendiklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerin, yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları hastaların algıladığı en düşük stresör olarak saptandı. Gültekin ve ark.'nın çalışmasında da bu madde en düşük stresör olarak saptanmıştır.²¹ Çalışma bulguları, hemşirelerin hastalara yakın mesafede olmasının hastalarda güven duygusu yarattığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri hastaların en düşük oranda algıladığı ikinci stresör olarak saptandı. Çalışma bulgularında hemşirelerin cihazları, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri, Yaman Aktaş ve ark. çalışmasındaki bulgulara¹⁴ benzer şekilde en düşük çevresel stresörlerden ikincisi olarak görüldü. So ve Chan'ın çalışma bulgularında 34. stresör olarak;²² Hweidi'nin çalışma bulgularında, 37. stresör olarak saptanmıştır.¹⁶ Adsay ve Dedeli'nin yaptıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinin sık takip ve gözlem yapmalarının, YBÜ'deki bakımdan

memnuniyeti arttırdığını belirtmişler; uygulanan tıbbi prosedürlerin, hastaların birçoğu için yaşamlarını uzatma umudu taşımalarına neden olduğu şeklinde yorumlamışlardır.²⁸

Sık sık kan basıncı ölçülmesi, en düşük algılanan üçüncü stresör olarak saptandı. Gültekin ve ark.'nın çalışma bulgularında 24. stresör;²¹ Yaman Aktaş ve ark.'nın çalışmasında en düşük üçüncü çevresel stresör olarak görülmüştür.¹⁴ Cerrahi girişim sonrası yakın izlem için YBÜ'ye alınan hastaların kan basıncı takibinin invazif olarak yapılmasının bu durumda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hekim ve hemşireler tarafından sık aralıklarla fiziksel muayene yapılması en düşük algılanan dördüncü stresör olarak saptandı. Yaman Aktaş ve ark.'nın,¹⁴ Gültekin ve ark.'nın çalışma bulgularında da bu sonuca benzer bulgulara ulaşılmıştır.²¹ Hastaların sık sık yapılan muayeneyi; tedavinin, iyileşmenin bir parçası olarak görmelerinden dolayı, bu durumdan etkilenme durumunun düşük olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda; Hemşirelerin, hastaların çevreye yönelik algılarını, stres kaynaklarını ve stres durumunda gösterdiği tepkileri iyi değerlendirmesi, hastanın çevresini stresörlere göre düzenlemesi, önlemler alması ve ağrı yönetiminin sağlanması önerilebilir. Oksijen tedavisi alan hastaların ağız kuruluğu ve susuzluğunun sık değerlendirilmesi ve sorunun çözümüne yönelik girişimde bulunulması; yoğun bakım ziyaret politikasının yeniden gözden geçirilmesi ve mahremiyetin sağlanması konusunda gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir.

Ayrıca YBÜ hastalarının algıladıkları çevresel stresörler ile ilgili, farklı kliniklerde ve daha geniş örneklem grubu ile araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html> (Erişim tarihi: 01.12.2017).
2. Efil S, Kurucu NM, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi 2011; 12(3): 151-155.

3. Aktaş Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 2016
4. Aydın A, Gürsoy A. Yoğun Bakımda Bir Ses: "Burdayım."- JAREN/Hemşirelik Araştırma Dergisi 2017; 3(2), 97-100
5. Karaman Z. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. 2011
6. Arslan Yaşar B. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Stresinin Çalışan Performansına Etkileri (Bir Kamu Hastanesi Uygulaması) (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2014
7. Durmaz Akyol A. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması ve Sınıflandırılması. Durmaz Akyol A.(Ed.), Yoğun Bakım Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. 2017; 51-66.
8. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 21 Aralık 2017).
9. Üzar Özçetin YS. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Duyusal Gereksinimlerine Yönelik Yaklaşımları. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2013.
10. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing* 1981; 3:1: 89-108.
11. Cochran J, Ganong LH. A comparison of nurses 'and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing* 1989; 14: 1038-1043.
12. Aslan F. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2010
13. Çınar S, Aslan F, Kurtoğlu T. Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2011; 15 (2): 61-66.
14. Yaman Aktaş Y, Karabulut N, Yılmaz D, Özkan AS. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler. *Kafkas J Med Sci* 2015; 5(3): 81-86.
15. Zaybak A, Yapucu Güneş Ü. Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010; 26 (2): 17-26.
16. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *Int J Nur Stud* 2007; 44: 227-235.
17. Akdemir NB. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2013.
18. Zengin N. Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010; 14(2): 61-66.
19. Eti Aslan F, Karadağ Ş. Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007; 11: 89-95.
20. Çelik S. Ağrı. Eti Aslan F, Olgun N. (Ed). *Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. Birinci Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016; 157-67.
21. Gültekin Y, Özçelik Z, Akıncı SB, Yorgancı HK. Evaluation of stressors in intensive care units. *Turk J Surg* 2018; 34: 5-8.
22. So HM, Chan DMK. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41(1): 77-84.
23. Akıncı SB, Kanbak M, Güler A, Canbay Ö, Aypar Ü. Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. *Türk Anest Rean Der Dergisi* 2007; 35(5): 320-328.

24. Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Derg* 2015; 6: 4-9.
25. Tokem Y. Erişkinde astım ve hemşirelik yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3 (2): 71-76.
26. Akın Ş, Arıboğan A. Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi* 2006;14: 232-236.
27. Yava A, Tosun N, Ünver V, et al. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health* 2010; 27: 36-47.
28. Adsay E, Dedeli Ö. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg* 2015; 6: 90-7.

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÖLÜM VE SAYGIN ÖLÜM İLKELERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI

ATTITUDES REGARDING RESPECTABLE DEATH PRINCIPLES AMONG INTENSIVE CARE PHYSICIANS AND NURSES

Selmin KÖSE^a, Berrin İNAL TUNALI^b, Gülay YILDIRIM^c

ÖZ Amaç: Araştırma, hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Şubat–Mayıs 2018 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinin etik kurulundan gerekli izin alınarak yapıldı. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini hastanenin yoğun bakım servislerinde çalışan 40 hekim ve 78 hemşire olmak üzere toplam 118 kişi oluşturdu. Örneklem hesabı yapılmadı, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 102 hekim ve hemşire örnekleme dahil edildi. Veriler Bilgi Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 22.0 paket programında yüzdelik, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H ve Spearman Korelasyon testleri kullanılarak değerlendirildi. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 32,62±7,3 idi. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum ölçeğinden alınan puan ortalaması 50,60±6,6'dır. Cerrahi yoğun bakımda görevli katılımcıların genel yoğun bakım ve kalp-damar cerrahisi yoğun bakımında görevli katılımcılara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. Beş alt boyutu olan ÖKTÖ'den katılımcılar en yüksek puanı yaklaşımı kabullenmeden (43,73±14,90), en düşük puanı ölümden sakınma (6,98±3,133) alt boyutundan aldıkları saptandı. Hemşirelerin hekimlere göre yaklaşımı kabullenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin ölüm olayının, ölümden sonraki yaşama geçiş olduğuna inandıkları görüldü. Bu konuda eğitim alanların, eğitim almayanlara göre yaklaşım kabullenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ölüme karşı tutumları arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı. **Sonuç:** Katılımcıların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu, hemşire ve hekimlerin en fazla ölüme karşı yaklaşım kabullenme tutumunu sergiledikleri, ölüm olayının, ölümden sonraki yaşama bir geçiş olduğuna inandıkları belirlendi. Bu alanlarda saygın ölüm ilkelerini benimseyen, konusunda eğitilmiş ve deneyimli hekim ve hemşirenin çalıştırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hekim, hemşire, ölüm, yoğun bakım üniteleri.

ABSTRACT Aim: This descriptive study addresses physicians' and nurses' adoption of respectable death principles and attitudes towards death. **Materials and Methods:** The study was conducted between February and May 2018 at the Intensive Care Units of Istanbul University Faculty of Medicine. The study population comprised 102 physicians and nurses working in these units. Data were obtained using an evaluation scale of attitudes regarding respectable death principles and an Attitude Towards Death Scale (ATDS). The data were evaluated using SPSS 22.0. **Results:** The participants' mean age was 32.62±7.3. The mean score on attitudes regarding respectable death principles was 50.60±6.6. Adoption of respectable death principles in surgery intensive care units was lower than in general and cardiovascular surgical intensive care units. Adoption levels of those who did not willingly choose their unit were lower than those who did. Participants obtained the highest and lowest scores for approach adoption (43,73±14,90) and avoiding death (6,98±3,133) on the five ATDS subscales. Nurses' approach adoption mean scores were higher than those of physicians'. Mean scores on the fear of death and death avoidance subscale of participants who did not willingly choose their unit were higher than participants' who chose willingly. Mean scores on the death avoidance subscale of those who were not pleased with their working life were higher than those who were pleased. The approach adoption scores of those who received education on this subject were higher than those who had not. No correlation was found between attitudes regarding respectable death principles and attitudes towards death. **Conclusion:** Participants' adoption of respectable death principles was high. Physicians and nurses demonstrated an approach adoption to death, considering it a passage to life beyond.

Key words: Physician, nurse, death, intensive care unit.

GİRİŞ

Saygın ölüm; temel bir insan hakkı, öznel bir deneyim, başkaları tarafından etkilenen bir değer ve hastalığın seyri üzerinde değişen dinamik bir kavramdır.¹ Saygın ölümü sağlama da aile isteklerini dikkate almak, klinik, kültürel ve etik standartlara uygun, saygılı ve becerikli bakımı sağlayabilmek önemlidir.² Saygın

ölümde amaç kişinin gereksiz stres yaşamasını engellemek, ağrılarını ve acılarını azaltmak, travmatik tedavi müdahalelerine maruz bırakmamak kendini değerli hissetmesini sağlamaktır. Sevdiği insanlarla birlikte olabilmesi, onlara “hoşça kal” deme fırsatı bulabilmesidir.³ Bu şekilde kişinin yaşam sonundaki ölümünün daha saygın onurlu, ağrısız, acısız ve huzurlu olması hedeflen-

Geliş Tarihi/Received:04.12.2018; Kabul Tarihi/Accepted:07.04.2019

^aDr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İSTANBUL

^bHemşire, İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İSTANBUL

^cÖğr. Görevlisi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Selmin KÖSE

E-posta: selminkose@yahoo.com

mektedir.⁴ 1992 yılında, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tabip Birlikleri tedavisi mümkün olmayan hastaların, onurlu ölüm hakkına sahip olduklarını kabul etmiştir.⁵ Hastalar ve sağlık profesyonelleri de, saygın ölüm için ihtiyaç duyulan insan olmak, kendi olmak, varoluşsal hedeflere ulaşmak, başkalarına saygı göstermek ve saygı duymak, başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurmak, özerklik ve bağımsızlıklarını sürdürmek, minimal semptom sıkıntısı, mahremiyet, sakin ve güvenli bir ortamda onurlu tedavi ve bakım alma gibi anlayışları savunurlar.¹ Saygın ölüme bakış açısının şekillendirilmesinde din, kültür, toplumsal değer yargıları, inanç ve geleneklerin önemli bir rol oynadığı ve bu nedenle saygın ölüme karşı tutum ve tepkilerin değişebileceği bilinmektedir.⁶ Morita ve ark. (2015) Doğu Asya ülkelerinde palyatif bakım doktorlarının saygın ölüme karşı tutumlarını inceledikleri çalışma da hekimlerin saygın ölüme yönelik tutumlarında ülkeler arası farklılıklar olduğunu belirlemişlerdir.⁷

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır.⁸ Hekim ve hemşireler, bu ünitelerde yaşamı tehdit altında olan hastalara bakım sağlamak ve ölüm olgusu ile sık sık karşılaşabilmektedirler. Hekim ve hemşireler yoğun bakım ünitelerinde uygulanan yaşam sonu bakım ile hastalara saygıdeğer bir ölüm ortamı ve kaliteli bir ölüm sağlayabilirler.⁹ Fakat hekim ve hemşireler saygın ölümü sağlamada yeterli zamanın olmaması, hemşire eksikliği, hasta ailelerin gerçekçi olmayan beklentileri, uygunsuz tedavi kararları ve iletişim zorlukları gibi nedenlere bağlı olarak birçok problem yaşayabilmektedirler.¹⁰ Saygın ölümü teşvik etmek için çevresel değişiklikler yapmak (aile üyelerine yatak, yiyecek, duş olanaklarını sağlama), hastaların ağrısını ve rahatsızlığını yönetme, yaşam boyu bakım için hastaların isteklerini bilmek ve takip etmek, tedaviyi erken bırakmayı teşvik etmek veya agresif tedaviyi hiç başlatmamak ve bir sağlık ekibi olarak etkili iletişim kurmak önemlidir.¹¹ Sevilen bireylerin varlığı ve yaşamın son günlerinin nerede geçirildiği de saygın ölüm sürecinin öğeleri arasında sayılmaktadır.¹²

Son dönem hasta bakımı, yaşamın son saatleri, günleri ve haftaları içinde her bireyin ihtiyaç duyacağı insancıl ve onurlu bir sağlık hizmetini alabilmesidir.¹³ Yaşamın son günlerinde olan hastalara verilen bu sağlık hizmetinin kaliteli olmasında hekim ve hemşirelere önemli roller düşmektedir.¹⁴ Bu nedenle hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme ve ölümcül hastaya yaklaşımı ile ilgili tutumları son derece önemlidir. Yılmaz ve Vermişli (2015) hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin olumlu tutumlarının düşük olduğunu saptamışlardır.¹⁵ Başka bir çalışmada da hemşirelerin ölüme karşı olumlu tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir.¹⁶

Literatür araştırmalarında hekim ve hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını değerlendiren çalışmalara rastlanmakta fakat saygın ölüm ilkelerini benimseme ile ilgili çalışmalara çok fazla rastlanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Şubat–Mayıs 2018 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinin etik kurulundan 26.02.2018 tarih ve 2018/13-9 sayılı yazı ile gerekli izin alındı. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini hastanenin yoğun bakım servislerinde çalışan 40 hekim ve 78 hemşire olmak üzere toplam 118 kişi oluşturdu. Örneklem hesabı yapılmadı, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 102 hekim ve hemşire örnekleme dahil edildi. Kurumda en az bir yıl çalışma, araştırmaya katılmayı kabul etme araştırma kriterleri olarak belirlendi.

Veriler Bilgi Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılarak elde edildi.

Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formu hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerini ve ölüm hakkında duygu ve düşüncelerini içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği: Duyan tarafından 2014 yılında geliştirilmiş beşli likert tipte bir ölçektir ve ölçekten alınan puanlar 12-60 arasında

değişmektedir.⁵ Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı 0,89'dur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu, ölüm olgusuyla daha sık karşılaşan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, afet çalışanları ile yaşlılara hizmet veren bireylerin saygın ölüm ilkelerine katılma düzeyini belirlemede kullanılabilmesi belirlenmiştir. Yüksek puanlar saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyinin yüksek, düşük puanlar da ilkeleri benimseme düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da ölçeğin cronbach alpha değeri 0,89 olarak bulundu.

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ): Bireylerin ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir.¹⁷ Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Işık ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır.¹⁸ Ölçek 32 maddeli, çok boyutlu ve Likert tipi olup 1-kesinlikle katılmıyorum ve 7-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte 5 alt boyut yer almaktadır. Bunlar; ölüm korkusu, ölümden sakınma, ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşımı kabullenme ve kaçışı kabullenmedir. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasının yüksekliği olumlu tutumu göstermektedir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,81; tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt gruplar için 0,86; kaçış kabullenme için 0,74; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma için ise 0,76 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada tüm ölçek için Cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulundu.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri toplanırken öncelikle hekim ve hemşireler çalışma hakkında bilgilendirilerek, çalışmanın amacı anlatıldı ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formuyla izinleri alındı. Hekim ve hemşirelerden Bilgi Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği sorularını yanıtlamaları istendi. Sorular katılımcıların kendisi tarafından cevaplandı.

Katılımcıların bu soruları yanıtlamaları ortalama 20 dakika sürdü.

Verilerin Analizi

Çalışmanın veri analizi SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerinde yüzdeler dağılımı, ortalama ve standart sapma değerlendirildi. Veri değerlerinin One-Sample Kolmogorov-smirnov testi ile normal dağılım göstermediği saptandı. Hekim, hemşirelerin demografik özellikleri ve ölüm hakkında duyu ve düşüncelerini içeren sorular ile Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği toplam puanları arasındaki fark Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri kullanılarak belirlendi. İki ölçek arasındaki ilişkinin yönü ve gücü Spearman Korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 32,62 \pm 7,3'dür (Min=20, Max=54). Çalışmaya katılanların % 78,4'ü kadın, %58,8'i evli, %57,82'si genel yoğun bakımda çalışmakta, %67,6'sı hemşiredir. Katılımcıların % 66,7'si meslekte çalışma süresinin 1-9 yıl olduğunu, %78,4'ü yoğun bakımda toplam çalışma süresinin 1-9 yıl olduğunu, %58,8'i gündüz ve ek nöbetler şeklinde çalıştığını, %70,6'sı çalıştığı birimi gönüllü olarak seçtiğini ve %59,8'i çalıştığı birimden memnun olduğunu ifade etti. Hekim ve hemşirelerin %36,3'ü aileye ölüm haberini vermek zorunda kaldıklarında bu durumu normal bir durum olarak kabul edip söylediklerini, %68,6'sı meslek hayatında ölümle ilk karşılaştığında üzüntü hissettiklerini ifade etti. Katılımcıların %72,5'i yaşam sonu bakım ile ilgili etik kararların alınma sürecine katıldığını, % 16,7'si mezuniyet sonrası palyatif bakım konusunda eğitim aldığını ve bu eğitimi alanların %11,8'i aldıkları eğitimin saygın ölüm ve saygın ölüm ilkelerini içerdiklerini ifade ettiği belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=102)

Tanıtıcı özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	80	78,4
	Erkek	22	21,6
Medeni durum	Evli	60	58,8
	Bekar	42	41,2
Çalıştığı birim	Çocuk yoğun bakım	5	4,9
	Genel yoğun bakım	59	57,8
	Cerrahi yoğun bakım	20	19,6
	Koroner yoğun bakım	6	5,9
	Kalp damar cerrahisi	6	5,9
	Ameliyathane	6	5,9
Meslek	Hemşire	69	67,6
	Asistan hekim	28	27,4
	Uzman hekim	5	5
Meslekte çalışma süresi	1-9 yıl	68	66,7
	10-19 yıl	21	20,6
	20 ve üstü	13	12,7
Yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi	1-9 yıl	80	78,4
	10-19 yıl	14	13,7
	20 ve üstü	8	7,8
Çalışma şekli	Gündüz+Nöbet	60	58,8
	Gündüz	26	25,5
	Vardiya	16	15,7
Çalıştığınız birimi isteme	Evet	72	70,6
	Hayır	30	29,4
İşten memnuniyet	Memnunum	61	59,8
	Memnun değilim	41	40,2
Aileye ölüm haberini vermek zorunda kalsanız;	Normal bir olay kabul eder ve söylerim	37	36,3
	Nasil söyleyeceğime karar vermekte güçlük çekerim	34	33,3
	Söylemek istemem	27	26,5
	Diğer	4	3,9
Meslek hayatınızda ölümle ilk karşılaştığınızda hissettikleriniz	Çaresizlik	19	18,6
	Başarısızlık	3	2,9
	Korku	6	5,9
	Üzüntü	70	68,6
Yaşam sonu bakım ile ilgili etik kararların alınma sürecine katılım	Evet	74	72,5
	Hayır	28	27,5
Palyatif bakım konusunda mezuniyet sonrası sürekli bir eğitim programına katılma durumu	Evet	17	16,7
	Hayır	85	83,3
Aldığınız eğitimin “saygın ölüm”/ “saygın ölüm ilkelerini” kapsama durumu	Evet	12	11,8
	Hayır	5	4,9
Toplam		102	100

Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum ölçeğinden alınan puan ortalaması 50,60±6,6' dir. Cerrahi yoğun bakımda görevli hekim ve hemşirelerin genel yoğun bakım ve kalp-damar cerrahisi yoğun bakımında görevli katılımcılara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğu ve aralarında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,01). Çalıştığı birimi gönüllü olarak seçmeyen hekim ve hemşirelerin, gönüllü olarak seçenlere göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 2).

Tablo 2. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği puan ortalamalarının hekim ve hemşirelerin çalıştığı birim ve çalıştığı birimi isteme durumu ile karşılaştırılması

Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği						
Ort ±SS						
50,60±6,6						
	n	Ort ±SS	Median	Chi-Square	P	
Çalıştığı birim						
Çocuk yoğun bakım ^a	5	53,00 ±4,4	54,00	16,778	0,005**	
Genel yoğun bakım ^b	59	51,77 ±6,0	52,00			
Cerrahi yoğun bakım ^c	20	46,80 ±7,4	48,00			c<b,e
Koroner yoğun bakım ^d	6	45,50 ±5,6	47,50			
Kalp damar cerrahisi ^e	6	55,50 ±3,8	54,50			
Ameliyathane ^f	6	49,83 ±7,0	49,50			
Kruskal-Wallis Test						
Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği						
	n	Ort ±SS	Median	U	P	
Çalıştığınız birimi isteme						
Evet	72	51,26 ±6,9	52,00	809	0,046*	
Hayır	30	49,00 ±5,7	48,00			
Mann-Whitney Test						

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,05; **p<0,01

Beş alt boyutu olan ÖKTÖ'den katılımcılar en yüksek puanı yaklaşımlı kabullenmeden (43,73±14,90), en düşük puanı ölümünden sakınma (6,98±3,13) alt boyutundan aldıkları saptandı.

Katılımcılardan bekar olanların kaçışı kabullenme alt boyutundan evli sağlık çalışanlarına göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlendi (p<0,05). Genel yoğun bakım ve kalp damar cerrahisinde çalışanların ameliyathanede çalışanlara göre kaçışı kabullenme alt boyutundan daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görüldü (p<0,05). Hemşirelerin hekimlere göre yaklaşımlı kabullenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Çalıştığı birimi gönüllü seçmeyen sağlık çalışanlarının, birimde çalışmayı gönüllü olarak isteyen sağlık çalışanlarına göre ölüm korkusu ve ölümünden sakınma alt boyut ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla; p<0,01, p<0,05). İş yaşamından memnun olmayan sağlık çalışanlarının, memnun olan sağlık çalışanlarına göre ölümünden sakınma alt boyut ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edildi (p<0,01). “Saygın ölüm” ve “saygın ölüm ilkelerini” kapsayan eğitim alan sağlık çalışanları, bu tür konuları içeren eğitim

almayan sağlık çalışanlarına göre yaklaşım kabullenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 3).

Katılımcıların saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ölüme karşı tutumları arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 3. Ölüme karşı tutum ölçeği puan ortalamalarının hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırılması

	N	Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Alt Boyutları									
		Ölüm Korkusu		Ölümden Sakınma		Tarafsız Kabullenme		Yaklaşımı Kabullenme		Kaçışı Kabullenme	
		Ort ±SS 26,08±9,57	Med.	Ort ±SS 6,98±3,13	Med.	Ort ±SS 12,37±2,30	Med.	Ort ±SS 43,73±14,90	Med.	Ort ±SS 18,46±6,19	Med.
Medeni durum											
Evli	60	25,57±8,15	27,00	7,07±2,99	7,00	12,27±2,53	13,00	42,98±14,94	47,00	17,45±5,62	17,00
Bekar	42	26,81±11,36	27,50	6,86±3,36	7,00	12,52±1,95	13,00	44,80±14,96	45,00	19,90±6,74	20,00
MWU		U=1152, p=0,462		U=1211, p=0,737		U=1231 p=0,836		U=1197,5, p=0,671		U=935,0, p=0,027*	
Çalıştığı Birim											
Çocuk yoğun bakım ^a	5	28,60±7,02	32,00	8,60±2,51	10,00	13,40±0,55	13,00	42,60±10,29	41,00	20,60±4,39	19,00
Genel yoğun bakım ^b	59	25,07±10,07	26,00	6,88±3,09	6,00	12,49±2,04	13,00	44,01±15,07	47,00	18,91±6,16	18,00
Cerrahi yoğun bakım ^c	20	26,50±9,43	28,00	7,20±3,15	8,00	11,40±3,15	12,50	43,40±13,32	45,50	17,45±5,45	17,50
Koroner yoğun bakım ^d	6	33,33±6,34	32,00	9,17±3,60	10,00	12,50±2,74	13,50	49,50±8,24	47,50	18,17±4,17	18,00
Kalp damar cerrahisi ^e	6	27,67±5,99	27,00	4,33±2,25	4,00	13,67±0,81	14,00	52,17±11,70	50,50	23,50±4,41	21,50
Ameliyathane ^f	6	23,67±11,27	26,50	6,33±3,01	6,50	12,17±2,40	13,00	28,83±22,17	22,00	10,83±7,68	7,50
KW		$\chi^2=4,868$, p=0,432		$\chi^2=9,003$, p=0,109		$\chi^2=7,246$, p=0,203		$\chi^2=5,732$, p=0,333		$\chi^2=12,197$, p=0,032* f<a,b	
Meslek											
Hemşire ^g	69	27,54±8,77	28,00	7,03±3,34	7,00	12,51±2,34	13,00	48,81±11,38	52,00	19,30±5,84	19,00
Hekim ^h	6	23,00±8,81	21,50	6,83±2,48	5,50	13,33±1,21	14,00	33,00±11,56	34,50	18,50±3,94	18,00
Asistan Hekim ⁱ	25	23,20± 10,87	23,00	6,96±2,76	7,00	11,72±2,37	13,00	33,72±16,86	28,00	15,72±6,87	15,00
Uzman Hekim ^k	2	21,0±18,38	21,00	6,00±4,24	6,00	13,00±1,41	13,00	26,00±22,63	26,00	23,50±7,78	23,50
KW		$\chi^2=4,182$, p=0,242		$\chi^2=0,352$, p=0,950		$\chi^2=4,647$, p=0,200		$\chi^2=22,088$, p=0,000*** h,j<g		$\chi^2=7,278$, p=0,064	
Çalıştığımız birimi isteme											
Evet	72	24,19±9,44	26,00	6,53±3,12	6,00	12,46	13,00	42,31±16,13	47,00	17,94±6,23	18,00
Hayır	30	30,60±8,43	29,50	8,07±2,93	8,00	12,17	13,00	47,16±10,89	45,50	19,70±6,03	18,00
MWU		U=704,5, p=0,006**		U=785,5 p=0,029*		U=999,0, p=0,533		U=963,5, p=0,392		U=927,0, p=0,260	
İşten memnuniyet											
Memnun	61	24,74±9,28	26,00	6,26±3,13	5,00	12,39±2,54	14,00	44,11±14,32	47,00	18,36±6,11	18,00
Memnun değil	41	28,05±9,77	28,00	8,05±2,85	8,00	12,34±1,92	13,00	43,17±15,88	44,00	18,61±6,39	18,00
MWU		U=1019, p=0,114		U=853,5, p=0,006**		U=1047,5, p=0,147		U=1224, p=0,856		U=1242,5, p=0,956	
Aldığımız eğitimin “saygın ölüm”/ “saygın ölüm ilkelerini” kapsama durumu											
Evet	12	23,25±8,59	24,50	6,00±2,98	5,00	12,75±2,00	13,50	52,75±12,29	54,00	19,08±6,93	20,00
Hayır	5	23,40±10,99	22,00	7,40±2,19	6,00	12,20±1,09	12,00	37,00±16,38	41,00	16,80±6,37	18,00
MWU		U=30,00, p=1,000		U=17,50, p=0,183		U=17,50, p=0,162		U=9,50, p=0,03*		U=23,50, p=0,490	

Kruskal Wallis Testi = KW, Mann-Whitney U=MWU *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 4. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ve ölüme karşı tutum ölçeği arasındaki korelasyon ilişkisi

Değişken	N	r	p
Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme	102	-0,156	0,119
Ölüme Karşı Tutum			

Spearman Korelasyon Testi

TARTIŞMA

Hastaya yaşamın son günlerinde ihtiyaç duyacağı insancıl ve onurlu bir sağlık hizmetinin sunulmasında hekim ve hemşireler önemli rol oynamaktadırlar. Bu çalışmanın amacı hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmektir.

Bu çalışma da hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme durumlarının yüksek olduğu belirlendi. Özkırış ve arkadaşları hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını inceledikleri çalışmada, hekimlerin %70.1'inin "Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, iyi ölüm ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür." ifadesine katıldığı görülmüştür.¹⁹ Dağ ve Badır'ın çalışmasında (2017) hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerinden mahremiyet, ağrı ve semptom kontrolü, manevi destek, hastane dışında bakım alabilmek, son anında yanında olacak bireyleri belirlemek ile ilgili ilkelere yüksek oranlarda katılmışlardır.¹⁴ Demir ve ark. (2017), yoğun bakım ve onkoloji birimlerinde çalışan 856 hemşirenin "yararsız tıbbi bakım" ve "iyi ölüm ilkeleri" konusundaki algı ve deneyimlerini belirledikleri çalışmada hemşirelerin sadece %25'nin hastanelerde saygın ölüm ilkelerinin uygulandığını ifade ettikleri görülmüştür.²⁰ Literatürler doğrultusunda hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimsedikleri, iyi bir ölümün sağlık çalışanlarınca mümkün olduğuna inandıkları fakat hastanede saygın ölüm ilkelerinin uygulamanın düşük oranlarda olduğu kanısına varıldı.

Cerrahi yoğun bakımda görevli katılımcıların genel yoğun bakım ve kalp-damar cerrahisi yoğun bakımında görevli katılımcılara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$). Dağ ve Badır (2017) çalışmasında, cerrahi birimlerde çalışan hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme durumlarının dahili

birimlerde çalışan hekimlere göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir.¹⁴

Beş alt boyutu olan ÖKTÖ'den hekim ve hemşireler en yüksek puanı yaklaşımlı kabullenmeden ($43,73\pm 14,90$), en düşük puanı ölümden sakınma ($6,98\pm 3,133$) alt boyutundan aldıkları saptandı. Bu ölçekteki ölüm korkusu alt boyutu, bir kişinin ölümlü yüz yüze geldiğinde hissettiği korku hissidir. Ölümden sakınma alt boyutu, ölümü düşünmekten ve konuşmaktan kaçınmadır. Dolayısıyla bir kimsenin ölümü aklından uzak tutma da kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. Tarafsız kabullenme alt boyutu, ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanmaktır bu şekilde bir kimse ne ölümden korkar ne de onu kabul etmektedir; kişi sadece onu yaşamın değiştirilemeyecek gerçeklerinden biri olarak kabul eder. Yaklaşım kabullenme alt boyutu ölümün diğer hayata geçiş olduğunu düşünüp, mutlu bir ahiret hayatına inanmaktır. Kaçışı kabullenme alt boyutu ise ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik açısından kurtaracağına inanmayı ifade eder. Hayatın acı ve sefalet olduğunda ölümün hoş karşılanabilecek bir alternatif olabileceğine inanmaktır. Wang et al (2018) Çin'deki klinik hemşirelerin ölümle ilgili tutumları ile ölmekte olan hastalara bakım arasındaki ilişkilerini inceledikleri çalışma da klinik hemşirelerin çoğunluğunun ölümden kaçınma ve tarafsız kabullenme alt boyutlarından düşük puanlar aldıklarını ve yaklaşımı kabullenme alt boyutundan ise yüksek puan aldıklarını belirlemişlerdir.²¹ Türkiye'deki hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada tarafsız kabullenme alt ölçeği puan ortalamasının diğer alt ölçeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.²² Yılmaz ve Vermişli ise yaptıkları çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin en yüksek puanı kaçışı kabullenme alt boyutundan aldıklarını tespit etmişlerdir.¹⁵ Gama ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında

hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından en yüksek tarafsız kabullenme, en düşük kaçışı kabullenme alt boyutlarından aldığı belirlenmiştir.²³ Literatür çalışmalarına bakıldığında sağlık çalışanlarının ölüme karşı tutumlarında ölüme karşı tutum ölçeğinin farklı alt boyutlarından yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Bu durum dini inançların ve kültürlerin farklılığından kaynaklanabilir. Kültür farklılığı ve spiritüel yaklaşımlardaki farklılıklar sağlık profesyonellerinin ölüme karşı tutumlarını etkilemektedir.^{6,7}

SONUÇ

Katılımcıların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu, hemşire ve hekimlerin en fazla ölüme karşı yaklaşım kabullenme tutumunu sergiledikleri, ölüm olayının ölümden sonraki yaşama bir geçiş olduğuna inandıkları belirlendi. Hekim ve hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının saygın ölüm ilkelerini benimseme durumlarını etkilemediği görüldü. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelere saygın ölümü sağlamada gereksinim duydukları eğitimin verilmesi önemlidir. Bu alanlarda saygın ölüm ilkelerini benimseyen, konusunda eğitilmiş ve deneyimli hekim ve hemşirenin çalıştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine* 2014;28:931-940.
2. Beuks B, Nijhof AC, Meertens JH, Ligtenberg J, Tulleken J, Zijlstra J. A good death. *Intensive Care Med* 2006;32:752-53.
3. Wasserman LS. Respectful death: a model for end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008;12:621-26.
4. Eues SK. End-of-life care improving quality of life at the end of life. *Professional Case Management* 2007;12:339-44.
5. Duyan V. Saygın Ölüm ilkelerine ilişkin tutumları değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* 2014;8:25-31.
6. Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran B. How intensive care nurses

- perceive good death. *Death Studies* 2018;42:667-72.
7. Morita T, Oyama Y, Cheng SY, Suh SY, Koh SJ, Kim HS et al. Palliative care physicians' attitudes toward patient autonomy and a good death in east asian countries. *Journal of Pain and Symptom Management* 2015;50(2):190-97.
8. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011;1:21-5.
9. Cimete G. Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
10. Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy KE. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. *Oncology Nursing Forum* 2012;39:398-407.
11. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchoff KT. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care* 2006;15:38-45.
12. Pierson C, Curtis J, Patrick D. A good death: a qualitative study of patients with advanced AIDS. *AIDS Care* 2002;14(5):587-598.
13. Özçelik H. Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri* 2017;10:87-93.
14. Dağ A, Badır A. Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi. *DEUHFED* 2017;10:186-192.
15. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;2:41-46.
16. Sönmez Benli S, Yıldırım A. Hemşirelerde yaşam doyum ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6:167-179.
17. Wong PTP. Death attitude profile—revised: A multidimensional measure of attitudes toward death". in R. A. Neimeyer, *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* Washington, DC: Taylor & Francis. 1994. p. 121-148.

18. Işık Abalı E. “Ölüme karşı tutum ölçeği” nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği. [Yüksek Lisans Tezi], İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2008.
19. Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, Musmul A, Yanış M. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:89-100.
20. Demir A, Sançar B, Yazgan EÖ. Özcan S, Duyan V. Intensive care and oncology nurses' perceptions and experiences with “futile medical care” and “principles of good death” Turkish Journal of Geriatrics 2017;20:116-124.
21. Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. Int J Palliat Nurs 2018;24:33-39.
22. Özcelik H, Aksoy F, Sonmez E, Fadilolu Ç. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. Hos Pal Med Int Jnl 2018;2(6):303–309.
23. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. Int J Palliat Nurs 2012;18:267-273.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN GÖĞÜS FİZYOTERAPİSİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE CHEST PHYSIOTHERAPY KNOWLEDGE AND BEHAVIOURS OF THE NURSES WHO WORK IN THE ANESTHESIA AND REANIMATION INTENSIVE CARE UNIT

Tuğba KIRA^a, Ebru ARSLAN ÖZDEMİR^b, Cevriye YÜKSEL KAÇAN^c

ÖZ Amaç: Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin göğüs fizyoterapisi(GF) uygulamaları konusundaki bilgi davranışlarını incelemektir. Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın evrenini Ocak-Şubat 2018 tarihinde Bursa/Türkiye’de bir devlet hastanesinin anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturmuştur (n=55). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 49 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma için gerekli olan verileri toplamak amacı ile sosyodemografik veri toplama formu ve göğüs fizyoterapisi ile ilgili literatür taranarak hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri için yüzde, frekans ve ki kare analizleri kullanılmıştır. Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %55,1’i 21-30 yaş aralığında, %85’i kadın, %69,4’ü lisans mezunu olup %85,7’sinin yoğun bakımda çalışma süresi 0-5 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin %91,8’i göğüs fizyoterapisi uygulaması yapmaktadır. Hemşirelerin %73,5’i göğüs fizyoterapisi ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını, %81,6’sı da göğüs fizyoterapisi öncesi hastayı bilgilendirdiklerini, %22,4’ü sadece ekstübe hastalara göğüs fizyoterapisi uygularken %77,6’sı hem entübe hem de ekstübe hastalara uyguladıklarını ifade etmiştir. Göğüs fizyoterapisi uygulamasında en çok kullanılan teknikler sırasıyla; postür drenaj (%23,7), aspirasyon (%21,3), solunum egzersizi (%17,8) ve mobilizasyon/pozisyonlamadır (%14,8). Sonuç: Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin göğüs fizyoterapisi konusunda düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlere tabi tutulması; fizyoterapist ve fizik tedavi uzmanları ile multidisipliner yaklaşım ile işbirliği yapılarak göğüs fizyoterapisindeki tekniklerin kullanımının artırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Göğüs fizyoterapisi, hemşirelik, yoğun bakım

ABSTRACT Aim: Investigate the chest physiotherapy (CP) knowledge and behaviours of intensive care nurses who works in anesthesia and reanimation intensive care unit. Materials and Methods: This descriptive study conducted at January-February 2018 in an anesthesia and reanimation intensive care unit of a state hospital in Bursa/Turkey which has created an intensive care nurses (n=55). The study was completed with 49 nurses who were accepted to participate in the research. Sociodemographic data collection form and questionnaire form prepared by scanning the literature about CP were used for the collecting the data which is necessary for the research. Percentage, frequency and chi-square analyses were used for statistical analysis of the data. Results: In our study, 55.1% of the nurses were in the age range of 21-30 years, 85% of them were female, 69.4% of them were undergraduate graduates and 85.7% of them were working in intensive care between 0-5 years. 91.8% of the nurses practice CP. 73.5% of the nurses stated that they did not receive any education about CP and (81.6%) stated that they inform the patient before CP. While the nurses (22.4%) applied CP only extubated patients, (77.6%) performed CP in both intubated and extubated patients. The most commonly used techniques in CP application are; postural drainage (23.7%), aspiration (21.3%), respiratory exercise (17.8%) and mobilization/positioning (14.8%). Conclusion: Nurses working in intensive care units, especially those working in anesthesia and reanimation intensive care unit, are regularly exposed to in-service training on CP; cooperation with physiotherapists and physical therapists with a multidisciplinary approach is recommended.

Key words: Chest physiotherapy, nursing, intensive care

GİRİŞ

Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Üniteleri, ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastaların kabul edildiği, 24 saat yakın takip, bakım ve tedavilerin yapıldığı; invaziv ve noninvaziv solunum desteğinin uygulandığı birimlerdir.¹ Bu birimlerde; hastaların mukosilyer aktivitelerinin azalmasına neden olan akciğer hastalıklarının olması, hastanede uzun kalış süreleri ve mobilizasyonun sınırlı olması,

dehidratasyon ve nefes darlığı mevcudiyeti gibi nedenler; sekresyonların akciğerde birikmesine ve yeterli olarak atılmamasına sebep olmaktadır.^{2,3} Bununla birlikte mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda oluşan larinks hasarı, hastanın öksürmesini engelleyerek sekresyon atılımını azaltmaktadır.⁴ Bu sorunların önlenmesinde ve ya azaltılmasında rol oynayan önemli uygulamalardan biri olan Göğüs Fizyoterapisi (GF), pulmoner fonksiyonların

Geliş Tarihi/Received:25.12.2018; Kabul Tarihi/Accepted:19.04.2019

^aHemşire, Çekirge Devlet Hastanesi, BURSA

^bHemşire, Atatürk Devlet Hastanesi, ZONGULDAK

^cÖğr. Gör. Dr., Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, BURSA

Yazışma Adresi/Correspondence: Tuğba KIRA

E-posta: tugba.kira@gmail.com

kapasitesini en üst düzeye çıkarmada ve bu patolojilerin gerilemesini sağlamada etkin bir yöntem olarak uygulanmaktadır.²

Göğüs fizyoterapisi; akciğer segmentlerinde biriken sekresyonun atılması için kullanılan önemli bir uygulamadır.⁵ GF uygulamalarının amacı; bozulan solunum aktivitesini düzeltmek, bronşlardaki sekresyon atılımını sağlamak, solunum kaslarını güçlendirmek ve vücuttaki oksijen ihtiyacını azaltmaktır.^{2,6} Yoğun bakımda yatmakta olan tüm hastalara uygulanmakla beraber özellikle mekanik ventilasyon tedavisi alan hastalarda akciğerlerdeki sekresyonun temizlenmesi, akciğerlerin daha etkili havalanmasının sağlanması, atelektazi gelişen alanlarda ventilasyonun sağlanması ve torasik kafesin harekete geçirilmesi için GF önemli bir rol oynamaktadır.³ Bu hastalara uygulanan GF'nin etkinliği, hastanın akciğer kapasitesine, akciğerde var olan klinik tanıya, hemodinamik ve metabolik durumuna, yaşına ve cinsiyetine göre değişmektedir.⁷ GF; bronşiyal hijyenin sağlanması(postüral drenaj, perküsyon, vibrasyon, yeterli sıvı alımı), manuel hiperinflasyon, aspirasyon, derin solunum ve öksürük egzersizleri, nebulizasyon ve pozisyon verme gibi birçok tekniği içermektedir.^{2,6,8,9} Yapılan bir çalışmada hastanın durumuna göre uygulanan bu teknikler sayesinde parsiyel oksijenin artmasıyla birlikte hastanede yatış sürelerinin kıaldığı ve enfeksiyon oranının düştüğü rapor edilmiştir.¹⁰ Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalarda hastalara uygulanan GF ile ekstübasyon başarısızlığının azaltılabileceği,¹¹ egzersiz kapasitesinde ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabileceği,¹² anksiyete ve dispnenin azaltılabileceği¹² belirtilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda GF uygulamalarının güvenli olduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır.^{9,13,14} GF uygulaması, yoğun bakımlarda hemşirelerin sorumluluğunda olan ve hemşireler tarafından yapılan bir uygulamadır.¹⁵ Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin konuyla ilgili eğitilmiş olmaları ve yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları çok önemlidir.

Literatür incelendiğinde yoğun bakım hemşirelerinin GF uygulamalarına yönelik bilgi düzeyini ve davranışlarını değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin göğüs fizyoterapisi hakkındaki bilgi ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma Tasarımı: Tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Çalışmanın Uygulama yeri: Çalışma, Ocak-Şubat 2018 tarihleri arasında Bursa'da bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Bursa bir kamu hastanesinin Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturmaktadır (n=55).Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışan tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 49 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmanın Uygulanması: Çalışmanın amacı açıklanarak, katılımcılardan yazılı onam alınmış, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik veri toplama formu ve yine araştırmacılar tarafından oluşturulan GF bilgi ölçme anketi katılımcılara uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile iki form kullanılmıştır.

-Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerini (öğrenim durumu, cinsiyet, yaş, yoğun bakımda çalışma süresi vb.) içermektedir.

-GF bilgi ölçme soruları: Literatür taranarak^{14,20} araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu 23 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin istatistiksel analizleri için yüzde, frekans ve ki kare analizleri kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın Hipotezleri:

H1: hemşirelerin GF uygulaması ile cinsiyetleri arasında ilişki vardır.

H2: hemşirelerin GF uygulaması ile eğitim durumları arasında ilişki vardır.

H3: hemşirelerin GF uygulaması ile çalışma süreleri arasında ilişki vardır.

Çalışmanın Etik Yönü: Çalışmanın yapılabilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26 Aralık 2017 tarihli ve 2017-19/48 sayılı etik kurul izni Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nden de kurum izni alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda hemşirelerin %55,1'i 21-30 yaş aralığında, %85'i kadın, %69,4'ü lisans mezunu olup %85,7'sinin yoğun bakımda çalışma süresi

0-5 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin %74,5'i GF ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n (%)
Yaş	
21-30	27(55,11)
21-40	18(36,83)
41-50	4(8,26)
Cinsiyet	
Kadın	7(14,37)
Erkek	
Eğitim Durumu	
Ön-lisans	11(22,40)
Lisans	34(69,49)
Yüksek lisans	4(8,21)
Yoğun bakımda Çalışma Süresi	
0-5 yıl	42(85,75)
6-10 yıl	4(8,27)
11 yıl ve üzeri	3(6,28)
GF ile ilgili eğitim alma durumu	
Evet	13(26,5)
Hayır	36(74,5)
Toplam	49(100)

Yoğun bakım hemşirelerin %91,8'i göğüs fizyoterapisi uygulaması yapmakta, %91,8'i standart bir rehber kullanmakta, %83,7'si GF uygulamasının re-entübasyon uygulamasını engellediğini düşünürken %91,8'i extübasyon sürecini hızlandırdığını düşünmektedir (Tablo 2). Hemşirelerin tamamı taburculuk eğitiminde GF eğitimi verilmesinin gerekli olduğunu

düşünmektedir (Tablo 2). Ayrıca yoğun bakım hemşireleri GF uygulamasını hastanın genel durumunu değerlendirerek bir mesai saati boyunca (8 saat) $2,06 \pm 0,88$ (min:1-max:4) kez yaptıklarını belirtmişlerdir. Uygulama süreleri ise hastanın ihtiyacına bağlı olarak ortalama $5,18 \pm 3,76$ (min:1- max:15) dakikadır.

Tablo 2. Hemşirelerin göğüs fizyoterapisine yönelik uygulama yaklaşımları ve düşünceleri

	EVET n(%)	HAYIR n(%)
Yoğun bakım ünitesinde GF uygulaması yapma durumu	45(%91,8)	4(%8,2)
GF ile ilgili standart bir rehber kullanma durumu	4(8,2)	45(91,8)
GF ile ilgili eğitim alma durumu	13(26,5)	36(73,5)
GF uygulamasının re-entübasyon uygulamasını azaltma durumu	41(83,7)	8(16,3)
Yoğun bakımda GF uygulamasının extübasyon sürecini hızlandırma durumu	45(91,8)	4(8,2)
GF etkinliğini değerlendirme durumu	39(79,6)	10(20,4)
GF öncesi hastayı bilgilendirme durumu	40(81,6)	9(18,4)
Hemşirelerin taburculuk eğitiminde GF eğitiminin gerekliliği	49(100)	0(0)

Hemşireleri GF yapmaya yönlendiren durumların başında “sekresyon durumunu değerlendirmek” gelmektedir (%33,3). GF yapmada en çok kullanılan teknik “postural drenaj” olarak belirtilmiştir (%23,7). GF uygulaması sonrası kullanılan hem GF tekniği hem de destekleyici uygulama olan “aspirasyon yapmak” en sık tercih edilen destekleyici yöntem olarak tercih edilmektedir (%25,5). Uygulamada karşılaşılan engeller arasında

“hastanın kilolu olması” en çok ifade edilen engel olarak belirlenmiştir (%29,3). Hasta ve ailesine taburculuk eğitiminde GF’ye yönelik uygulamalar arasında ise “hasta yakınına GF uygulamalarını anlatılması ve beraber yapılarak hasta yakınlarına uygulatılması” ön sırada yer almaktadır (%58,3). Hemşirelerin GF uygulama davranışları ile ilgili bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin GF uygulamalarıyla ilgili davranışları

GF ile ilgili davranışlar	n (%)*
GF yapmaya yönlendiren durumlar	
SPO ₂ düşmesi	46(32,62)
Taşikardi	8(5,70)
Hiperventilasyon	24(17,02)
Sekresyon durumunu değerlendirmek	47(33,33)
Hastanın yüz ifadesini değerlendirmek	15(10,63)
Diğer	1(0,70)
GF uygulamasında kullanılan teknik	
Vibrasyon	8(3,96)
Perküsyon	17(8,41)
Postural drenaj	48(23,76)
Manuel hiperinfilasyon	9(4,45)
Ekstremitte egzersizleri(Aktif-pasif ROM egzersizi)	11(5,44)
Mobilizasyon/pozisyonlama	30(14,85)
Solunum egzersizi(derin solunum- öksürük egzersizi)	36(17,82)
Aspirasyon yapılması	43(21,30)
GF uygulaması sonrası kullanılan destekleyici uygulamalar	
Aspirasyon yapmak	45(25,52)
Derin solunum öksürük egzersizleri için hastayı desteklemek (Mekanik ventilasyona bağlı olmayan hastalarda)	30(17,04)
Medikal tedavi (Nebülizasyon) uygulamak	41(23,30)
Hastaya yatak içi pozisyon vermek	43(24,49)
Soğuk buhar uygulaması yapmak	17(9,65)
GF uygulamasında karşılaşılan engeller	
Personel Eksikliği	37(27,81)
Hastanın Kilolu Olması	39(29,33)
İş Yükünün Fazla Olması	32(24,06)
Kas İskelet Rahatsızlığına Sahip olmak(bel ağrısı, bel fıtığı, diz ağrısı vb.)	25(18,80)
Hasta ve ailesine taburculuk eğitiminde GF’ye yönelik uygulamalar	
Hasta ve ailesini fizyoterapistle yönlendirmek	21(25,00)
Hasta yakınına GF uygulamalarını anlatılması ve beraber yapılarak hasta yakınlarına uygulatılması	49(58,33)
Hasta yakınına yapılan işlemler ile ilgili broşür verilmesi ve yapılan işlemin anlatılması	14(16,67)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden hesaplanmıştır.

Hemşirelerin %38'i hem entübe hem extübe hastalara GF uygulamakta ve %42'si, postüral drenajı; "hastanın sırtına elini kubbe şeklinde yaparak vurmak" olarak

tanımlamaktadır. %49'u ise hemşirelerin taburculuk eğitiminde GF eğitiminin gerekliliğini düşünmektedir. Hemşirelerin GF bilgileri ile ilgili bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin GF uygulamalarıyla ilgili bilgileri

GF ile ilgili bilgi düzeyleri	n(%)*
GF uygulanan hasta grubu	
Extübe hastalar	11(22,40)
Hem entübe hem extübe hastalar	38(77,60)
Postural drenaj uygulaması ne anlama geliyor	
Hastanın sırtına elini kubbe şeklinde yaparak vurmak	42(85,70)
Pozisyon yardımıyla sekresyonun drenajını sağlamak	7(14,30)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma süresi ile GF uygulaması yapmak arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin GF uygulaması

yapma durumları ile cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma süresi değişkeni arasındaki bağımsız ki-kare analizi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin GF uygulaması yapma durumları ile cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma sürelerinin karşılaştırılması

Yoğun Bakımda GF Uygulaması Yapıyor musunuz?	CİNSİYET		EĞİTİM DURUMU			ÇALIŞMA SÜRESİ		
	KADIN % (N)	ERKEK % (N)	ÖNLİSAN S % (N)	LİSANS % (N)	YÜKSEK LİSANS % (N)	0-5 YIL % (N)	6-10 YIL % (N)	11 YIL VE ÜZERİ % (N)
EVET	%95,2(40)	%71,4(5)	%72,7(8)	%97,1 (33)	%100(4)	%90,5(38)	%100 (4)	%100(3)
HAYIR	%4,8(2)	%28,6(4)	%27,3(3)	%2,9(1)	0,00	%9,5(4)	0,00	0,00
χ^2 = Fisher's Exact Test	$\chi^2= 3,251; p= 0.092$		$\chi^2= 3,350; p= 0.060$			$\chi^2= 0,451; p= 0,528$		

Çalışmamızda eğitim durumu ile GF uygulaması yapmak arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin GF Uygulaması Yapma Durumları ile Eğitim Durumu Değişkeni Arasındaki Bağımsız ki-kare analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Yoğun bakımda çalışma süresi ile GF uygulaması yapmak arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin GF Uygulaması Yapma Durumları ile Yoğun Bakımda Çalışma Süresi Değişkeni Arasındaki Bağımsız ki-kare Analizi Sonuçları yine Tablo 5'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Hava yolunun temizliği normalde mukosilier aktivite ve öksürükle sağlanabilmektedir. Ancak yoğun bakım hastalarında oksijenerasyonun bozulması, dehidratasyon, mobilitenin yetersiz olması veya olmaması,

solunumda interkostal kasların yeterli kullanılmaması, öksürüğün etkili yapılamaması buna ek olarak mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan entübe hastalarda yapışkan ve koyu sekresyon birikimine neden olabilmektedir.^{14,16} Solunum yolunun temizliğini etkili yapamayan hastalarda solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek yoğun bakım hemşirelerinin görevleri arasındadır.¹⁷ Çalışmamızda hemşirelerin %91,8'i yoğun bakım ünitesinde GF uygulaması yaptığını belirtmiştir. Konuyla ilgili yapılan bazı çalışmalarda bu oranın %30 ve %80,6 olduğu aktarılmaktadır.^{14,18} Başka bir çalışmada ise GF uygulamasını hemşirelerin %55'inin hem bağımsız olarak hem de bir fizyoterapistin yönlendirmesi altında gerçekleştirdiklerini, %5'inin ise bu uygulamaları sadece bir

fizyoterapistin yönlendirmesi ile uyguladıklarını ifade etmişlerdir.¹⁵ Hemşirelerin hastanın gereksinimine yönelik GF uygulama oranlarında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılığın sebebinin GF uygulamasının yeterli uygulanmadığı ya da hemşirelerin yeterli bilgilerinin olmadığı düşünülebilir.

Yoğun bakımda yatan hastalarda, fizyolojik ve metabolik süreçleri olumlu yönde etkileyen çeşitli göğüs fizyoterapisi uygulamaları bulunmaktadır.^{19,14,20} Çalışmamızda en çok kullanılan GF teknikleri sırasıyla; postural drenaj(%23,76), aspirasyon(%21,3), solunum egzersizi (%17,82), mobilizasyon/pozisyonlama (%14,85), perküsyon (%8,41), ekstremitte egzersizleri (%5,44) ve vibrasyondur (%3,96). Bir çalışmada hemşirelerinin uyguladıkları GF tekniklerinin oranları sırasıyla; %93 derin solunum egzersizi, %62 perküsyon, %62 postural drenaj, %55 vibrasyon olduğu ifade edilmiştir.¹⁵ Karaali ve ark. çalışmalarında GF tekniği olarak; pozisyonlama, postural drenaj, perküsyon ve vibrasyon kullandıklarını belirtmişlerdir.²¹ Bir başka çalışmada ise GF tekniği olarak en çok aspirasyon ve perküsyon uygulamalarının kullanıldığı aktarılmaktadır.²² Hemşirelerin seçtikleri GF uygulamalarında farklılıklar olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %21,3'ü GF uygulaması olarak aspirasyonu kullandıklarını belirtmişlerdir. Sağlıklı bir insan, günde yaklaşık 100 ml sekresyon üretmektedir. Yoğun bakımda yatmakta olan; solunumsal olarak sıkıntıda olan, mekanik ventilatör tedavisi alan, öksürük refleksi ve yutma refleksi kaybolan hastalarda silia hareketi ve alveoler ventilasyon yetersiz olduğundan, sekresyonların vücuttan uzaklaştırılması için aspirasyon kullanılmaktadır.^{20,23}

Çalışmamızda hemşirelerin %14,85'i GF uygulamalarından pozisyonlamayı kullandıklarını belirtmişlerdir. Pozisyon ventilasyon-perfüzyon uyumunu iyileştirerek oksijenlenmeyi artırır, atelektaziye bağlı enfeksiyonları önleyerek yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin kısalmasına olanak sağlar.^{24,25} Literatürle uyumlu olarak Karaali ve ark. atelektazili olgularda kullandıkları pozisyonlama tekniğinin oksijenasyonu arttırdığını ve atelektazi bulgularında düzelme sağladıklarını aktarmışlardır.²⁵ Özellikle prone pozisyonlamanın oksijenasyonu arttırdığı

yapılan çalışmalarda belirtilmektedir.^{26,27} Stabil durumda olmayan hastalar için bazen tek tedavi pozisyonlama olabilir. Ancak kafa travması gibi hayati önem taşıyan durumlarda uygun olmayan pozisyonlama kafa içi basıncın artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastalara uygun olmayan pozisyonlamanın yapılması ventilasyon perfüzyon oranının bozulmasına, kardiyak output'un düşmesine, serebral perfüzyonun azalmasına ve/veya oksijen tüketiminin artmasına neden olabilir. Bu sebeple hastalara uygulanacak GF yöntemi seçilirken hastanın mevcut durumu göz önüne alınmalıdır.^{20,28}

Çalışmamızda hemşirelerin %79,6'sı GF uygulamalarının etkinliklerini değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Yardımcı'nın çalışmasında benzer olarak bu oran %83,9 iken¹⁸ Karagözoğlu ve ark. çalışmasında bu oranın %17,11 olduğu belirtilmektedir.¹⁴ GF uygulamasını doğru ve etkin yapıldığını anlamamıza yardımcı olan yollardan biri yapılan etkinliğin değerlendirilmesidir.^{13,14} Karagözoğlu ve ark. çalışmasında hemşirelerin %50'si sekresyonun özelliklerini, %20,8'i saturasyon seviyesini, %16,7'si solunum, %12,5'i ise sekresyon, saturasyon ve solunuma ek olarak kan gazı değerleri ve hastanın yüz ifadesini değerlendirdikleri aktarılmaktadır.¹⁴ GF etkinliğinin değerlendirilmesi, değerlendirme sonucuna göre tedaviye yön verebileceği için önem taşımaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin %83,7'si GF'nin re-entübasyon oranını azalttığını, %91,8'i de ekstübasyon sürecini hızlandırdığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin özellikle ekstübasyon sonrası uygulanacak GF'nin re-entübasyon oranını azalttığını düşündükleri aktarılmaktadır.^{29,30} Hemşirelik uygulamaları yerine getirilirken hemşireler bireysel ve çevresel bir takım engellerle karşı karşıya kalmaktadır.

Çalışmamızda hemşireler GF uygulamaları esnasında sırasıyla hastanın kilolu olmasını(%29,33), personel eksikliğini(%27,8), iş yükünün fazlalığını(%24) ve kas iskelet sistemi rahatsızlığına sahip olmayı(%18,8) engel olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Yan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada GF uygulamasının hemşirelerde %58,34 oranında işle alakalı kas iskelet sistemi (İKİS) maruziyetine neden olduğunu ve İKİS açısından yüksek riskli bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir.³¹ Buradan GF ile hemşirelerin

İKİS hastalıkları arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin %26,5'i GF ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Bu oran hemşirelerin GF uygulamaları ile ilgili yapılan çalışmalarda %30,6; %30,7 ve %51 olarak belirtilmişken hizmet içi eğitim alma durumlarının %2,1 ve %6,5 olduğu bildirilmektedir.^{14,15,18} Çalışmamızda hemşirelerin sadece %14,3'ü göğüs fizyoterapisi tekniklerinden en çok kullandıkları postural drenajın hastanın sırtına elini kubbe şeklinde yaparak vurmak olarak ifade etmişlerdir. Ek olarak çalışmamızda hemşirelerin %8,2'sinin GF ile ilgili standart bir rehber kullandıkları belirtilmiştir. Benzer olarak Karagözoğlu'nun çalışmasında da hemşirelerin %2,1'inin çalıştıkları bölümde GF ile ilgili standart bir rehber bulunduğunu aktarmışlardır.¹⁴ Hemşirelerin GF ile ilgili güncel ve doğru bilgiye sahip olmaları GF uygulamalarını doğru planlama ve uygulamaları açısından önem taşımaktadır. Görülüyor ki GF konusunda hemşirelerin sahip oldukları bilgi yeterli değildir. Yine çalışmamızda hemşirelerin tamamı taburculuk eğitiminde GF eğitiminin gerekli olduğunu düşünürken, benzer olarak Karagözoğlu'nun çalışmasında bu oranın %95 olduğu aktarılmaktadır.¹⁴ Yardımcı'nın çalışmasında ise hemşirelerin %59,7'sinin hastaya GF hakkında eğitim verdiği aktarılmaktadır.¹⁸ Hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda

bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde en önemli role sahiptir. Hastalık riskini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak hemşirelerin en temel görevlerinden biridir. Uygulanan GF ile komplikasyonların önlenmesi, YBÜ'de dolayısıyla hastanede kalış süresinin azalması ve taburculuk eğitimiyle taburculuk sonrası rehabilitasyon sürecine hasta ve yakınlarını hazırlamak hedeflenmektedir. Hasta eğitimi; gerekli davranış değişikliklerini oluşturmak için planlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir.^{19,32} Bu nedenle taburculuk eğitiminde aile ve hastanın dahil olduğu planlı eğitimle hasta ve ailesinde olumlu davranış değişikliği sağlanarak rehabilitasyon sürecine katkı sağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hemşirelerin GF konusunda bilgi sahibi oldukları ancak bu konuda aldıkları eğitimin yetersiz olduğu, bilgilerini güncellemedikleri düşünülebilir. Hemşirelerin bu konuda daha kapsamlı bilgiye sahip olabilmeleri için hemşirelik müfredatına konu ile ilgili daha fazla yer verilmesi, çalışılan kurumlarda belirli aralıklarla verilen hizmet içi eğitime GF'nin dâhil edilmesi, uygulamanın etkinliği ve doğru uygulanabilirliği açısından standart bir rehberin oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi(2008/53). (08 Kasım 2016) <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>(Erişim Tarihi: 15.11.2018)
2. Çil Akıncı A. Öksürük ve Balgam Çıkarma.In: F Eti Aslan,N Olgun editörler. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Birinci Baskı.Ankara:Akademisyen Tıp Kitapevi; 2016.p: 488-503.
3. Adam S, Forrest S. Other supportive care. British Medical Journal 1999;319(7203):175-8.
4. Akkoçlu A, Günerli A. Solunum Destek Tedavisi.In: H. Şahinoğlu editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri.2.Baskı.Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.835-38.
5. Süzen LB. Solunum Sistemi ve Uygulamaları. In: F Akça Ay editör.Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler.4.Baskı.İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2016. p.534-63.
6. Olgun N, Eti Aslan F, Çil Akıncı A. Toraks ve Alt Solunum Sistemi Hastalıkları. In: A Karadakovan, F Eti Aslan editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.Baskı.Ankara:Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. p.341-85.
7. Stiller K.Physiotherapy in Intensive Care. Chest Journal 2000; 118(6):1801-1813.
8. Gülden Polat M. Yoğun Bakımda Fizyoterapi Uygulamaları. Yoğun Bakım Dergisi 2007; 7(3): 357-361.
9. Özhan Elbaş N. Solunum Sistemine İlişkin Cerrahi Girişimler ve Hemşirelik Bakımı. In: F Erdil, N

- Özhan Elbaş. Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği.6.Baskı.Ankara: Aydoğdu Ofset;2012. p. 293-96.
10. Meawad MA, El Aziz AA, Obaya HE, Mohamed SA, Mounir KM. Effect of Chest Physical Therapy Modalities on Oxygen Saturation and Partial Pressure of Arterial Oxygen in Mechanically Ventilated Patients. The Egyptian Journal of Hospital Medicine 2018;72(8): 5005-8.
 11. Wang TH, Wu CP, Wang LY. Chest physiotherapy with early mobilization may improve extubation outcome in critically ill patients in the intensive care units. The Clinical Respiratory Journal 2018;12(11): 2613-2621.
 12. Atam Taşdemir Z, Börekçi Ş, Demir T, Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Solunum Fizyoterapisi ve Beslenmenin Solunum Fonksiyon Testleri,Efor Kapasitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Cerrahpaşa Tıp Dergisi2009; 40(4): 129-135.
 13. Temelli MD. Dahili Bilimler Yoğun Bakımında Yatan Hastalarda Fizyoterapinin Etkinliği Ve Güvenilirliği.[Uzmanlık Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi.2010.
 14. Karagözoğlu Ş, Dönmez Aa, Özden D, Tel H. Hemşirelerin Göğüs Fizyoterapisine Yönelik Bilgi Ve Uygulamaları. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013;27(2): 95-104.
 15. Clint J, Jack A, Catherine L. Australian critical care nursing professionals' attitudes towards the use of traditional "chest physiotherapy" techniques. Hong Kong Physiotherapy Journal 2017;36: 33-48.
 16. Mackenzie C. Physiological changes following chest physiotherapy. Williams & Wilkins, Baltimore, USA. 1981:133-64.
 17. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011/27910). Resmi Gazete; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.html> Erişim tarihi:02.10.2018.
 18. Yardımcı İ. Yoğun bakım hemşirelerinde göğüs fizyoterapisi uygulamalarının değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.2016.
 19. Ufuk Yurdalan S. Yoğun bakım ünitelerinde güncel fizyoterapi yaklaşımları. MÜSBED 2011;1(3):196-201
 20. Savaş S. Yoğun Bakım Ünitesinde Göğüs Fizyoterapisi. Yoğun Bakım Dergisi2001;1(1):33-40.
 21. Karaali HK, Özalevli S, Yeşilirmak D. Yenidoğan Yoğun Bakımda Yapılan Göğüs Fizyoterapi Uygulamalarımızın Etkinliği. Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal 2009;10(1):1-3.
 22. Castro AA, Calil SR, Freitas, SA, Oliveira AB, Porto EF. Chest physiotherapy effectiveness to reduce hospitalization and mechanical ventilation length of stay, pulmonary infection rate and mortality in ICU patients. Respiratory medicine 2013; 107(1): 68-74.
 23. Sevinç SŞ. Hemşirelerin Trakeal Aspirasyona Karar Verme Durumları, Uygulama Biçimleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 1997;2(1):16-24.
 24. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2007;131(5):4S-42S.
 25. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respiratory medicine 2005;99(9):1096-104.
 26. Dimitriou G, Greenough A, Pink L, McGhee A, Hickey A, Rafferty G. Effect of posture on oxygenation and respiratory muscle strength in convalescent infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition 2002;86(3):F147-F50.
 27. Bhat RY, Leipälä JA, Singh NR-P, Rafferty GF, Hannam S, Greenough A. Effect of posture on oxygenation, lung volume, and respiratory mechanics in premature infants studied before discharge. Pediatrics 2003;112(1):29-32.
 28. Yıldırım GÖ, Yavuz M. Yoğun Bakımlarda Hastalara Verilen Sırtüstü Pozisyonların Hemodinamik ve Fizyolojik Ölçümlere Olan Etkileri.

- Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(2):94-9.
29. Al- Alalyan S, Dyer D, Khan B. Chest physiotherapy and post- extubation atelectasis in infants. *Pediatric pulmonology* 1996;21(4):227-30.
 30. Flenady V, Gray PH. Chest physiotherapy for preventing morbidity in babies being extubated from mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002 ;(2): CD000283.
 31. Yan P, Zhang L, Li F, Yang Y, Wang Y, Huang A, et al. Evaluation of ergonomic load of clinical nursing procedures. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases* 2017;35(8):581-4.
 32. Alkan HÖ. Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(Sup 2):41-7.

YOĞUN BAKIM ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİNDE BAKIM PAKETLERİNİN KULLANIMI

USE OF CARE BUNDLES IN PREVENTING INTENSIVE CARE INFECTIONS

Sevim ŞEN^a, Esra UĞUR^b, Sibel AFACAN^c, Meral SÖNMEZOĞLU^d

ÖZ Giriş: Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar mortalite ve morbiditeyi arttıran önemli bir risk faktörüdür. Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hasta bakımından kaynaklanan enfeksiyonları sıfıra indirmek amacıyla bakım paketleri giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Yöntem: Bu çalışmada ventilatör ilişkili pnömoni bakım paketi, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu bakım paketi ve santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu bakım paketi kullanan bir üniversite hastanesinde Ocak 2013 - Kasım 2015 tarihleri arasında YBÜ’de tedavi gören hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmada 1617 hastada 5967 hasta günü değerlendirilerek kateter kullanım süreleri ile enfeksiyon oranları incelendi. Bulgular: Hastaların YBÜ’de kaldıkları sürenin %87,6’sında üriner kateter, %35,9’unda ventilatör ve %49,7’sinde santral venöz kateter kullanımı mevcuttu. 2013 yılında 1 hastada üriner sistem enfeksiyonu (0,18 enfeksiyon hızı), 1 hastada ventilatör ilişkili pnömoni (0,18 enfeksiyon hızı), 7 hastada kan dolaşımı enfeksiyonu (1,30 enfeksiyon hızı) mevcut iken, 2014 ve 2015 yılında YBÜ’de enfeksiyon tespit edilmedi. Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde bakım paketlerinin uygulanması ve bu uygulamaların yetkilendirilmiş personel tarafından denetimi ile sıfır enfeksiyon hedefine ulaşılabildiği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Bakım paketi, sıfır enfeksiyon, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Background: Health care associated infections are an important risk factor that increases mortality and morbidity. Care bundles are used ever more frequently in order to eliminate patient care associated infections at intensive care units (ICU). Methods: In this study, the data of the patients were analyzed retrospectively who were treated at the ICU of a university hospital that uses the ventilator associated pneumonia care bundle, urinary catheter associated urinary system infection care bundle and central venous catheter associated blood circulation infection care bundle. In the study, 5967 sickness days of 1617 patients were evaluated; catheter usage periods and infection rates were investigated. Results: For the time the patients spent in the ICU, urinary catheters were used 87.6% of the time, ventilator catheters were used 35.9% of the time and central venous catheters were used 49.7% of the time. While in 2013 urinary system infection was detected in one patient (infection rate 0.18), ventilator-related pneumonia was detected in 1 patient (infection rate 0.18), blood circulation infections were detected in 7 patients (infection rate 1.30), and no infections were detected at the ICU in 2014 and 2015. Conclusion: It has been shown that with the implementation of care bundles in intensive care units and supervision of these practices by authorized personnel, the goal of zero infection is achievable.

Key words: Care bundles, zero infection, intensive care unit

GİRİŞ

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar, bir hastanın hastaneye veya sağlık kuruluşuna yatışından 48 saat veya daha uzun süre sonra gelişen (zaman kriteri), hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan, refakatçi ve ziyaretçilerde de görülebilen, bazen hasta hastaneden taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda, hastanın hastaneye kabulü esnasında florasında mevcut olmayan ancak hastanede yattığı sürede patojen mikroorganizmaların tespit edilmesi (taşıma kriteri) sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar olarak adlandırılmaktadır.¹

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, Centers for Disease Control (CDC) ve World Health Organization (WHO) tarafından tüm

dünyada en önemli mortalite ve morbidite kaynağı olarak bildirilmiştir. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar hastanede yatış süresini uzatarak maliyetin artmasına yol açarlar. Bu nedenle enfeksiyon kontrolü hasta güvenliğini ve hastane maliyetini yakından ilgilendiren kritik bir konudur.

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon ve buna bağlı komplikasyon gelişme riski yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda daha yüksektir.^{2,3} Yoğun bakım ünitelerinde görülen enfeksiyonlar %31 oranında üriner enfeksiyonlar, %27 oranında ventilatör ilişkili pnömoni ve %19 oranında kateter ilişkili kan dolaşım yolu enfeksiyonlarıdır.⁴⁻⁶ Kateter ilişkili enfeksiyonların büyük çoğunluğu basit kontrol önlemleri ile engellenebilir. Kateter uygulaması multidisipliner bir yaklaşım olup;

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2019; Kabul Tarihi/Accepted: 30.04.2019

^aDr. Öğr. Üyesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

^bDoç. Dr., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

^cUzman Hemşire, Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörü, İSTANBUL

^dHemşire, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Sevim ŞEN

E-posta: sevim.sen@yeditepe.edu.tr

orderi veren, girişimi uygulayan, kateteri kullanan, bakımını yapan personel ile birlikte enfeksiyon kontrol komitesi ve hastane yönetiminin dahil olduğu ekip çalışmasını gerektirir.⁶ Bu nedenle de Institute for Healthcare Improvement (IHI), hastalar için mümkün olan multidisipliner en iyi bakımı sağlamaya yardımcı olacak "bakım paketi" kavramını geliştirmiştir.⁷ Persing ve arkadaşları (2008) bakım paketlerinin kullanılması ile enfeksiyon oranlarının sıfıra indirilebileceğini bildirmiştir.⁸

Bakım paketleri kanıta dayalı olarak hazırlanmış uygulama ve bakım planlarını içerir. Bakım paketleri her zaman her koşuldaki hastaya uygulanabilmeli ve kanıta dayalı olmalıdır.⁹ Paketin oluşturulmasındaki amaç, müdahale sırasında bir paket yaklaşımı ile ekip çalışması ve işbirliğini teşvik etmek ve koruyucu tedbirlerin alınmasıdır. Bakım paketi ile sağlık çalışanlarını ekibin parçası olduğuna ve sıfır enfeksiyonun mümkün olduğuna inandırmak önemlidir. Pakette yer alan tüm bileşenler, birlikte yürütüldüğünde başarı üst düzeyde gerçekleşir. Bakım paketi tutarlılığın kaynağını oluşturur, hemşireleri otonomi ve güç açısından destekler.⁹ Basamakların herhangi birinde hayır cevabı verilmesi bakım paketine uyumun olmadığını göstermek için yeterlidir. Ülkemizde de son yıllarda yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlara bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasına yönelik çalışmalar hızlanmıştır. Bu konu ile ilgili olarak yoğun bakım ünitelerinde "sıfır enfeksiyon" hedefiyle sağlık bakım kuruluşlarının enfeksiyon hızlarını azaltmaya yönelik enfeksiyon kontrol

programları oluşturulmuş ve konu ile ilgili süreçler geliştirilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde bakım paketi kullanımı da giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Bu çalışmada Türkiye'de bakım paketi kullanan bir üniversite hastanesi yoğun bakım ünitesindeki enfeksiyon oranları retrospektif olarak incelenmiştir.

YÖNTEM

Çalışmada bir üniversite hastanesinde Ocak 2013 - Kasım 2015 tarihleri arasında YBÜ'de tedavi gören hastaların kateter ilişkili enfeksiyon verileri retrospektif olarak incelendi. Hastanede, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından kurum profiline uygun olarak oluşturulan ve görüşü alınarak revize edilen bakım paketleri (ventilatör ilişkili pnömoni bakım paketi, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon bakım paketi ve santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon bakım paketi) kullanılmaktadır (Tablo 1). Kateter ilişkili enfeksiyon tanıları, enfeksiyon kontrol hekimi tarafından günlük vizitlerle, klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilip konulmaktadır.

Ventilatör ilişkili bakım paketi 9 sorudan, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon bakım paketi 16 sorudan, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon bakım paketi işlem öncesi 7 soru, işlem sonrası 8 soru, işlem sonrası 4 soru olmak üzere 19 sorudan oluşmaktaydı (Tablo 1). Sorular "Evet" ya da "Hayır" olarak cevaplandırıldı. Soruların hepsine "evet" olarak cevap verilmesi durumunda "uyum var" olarak değerlendirildi.

Tablo 1. Hastanede enfeksiyon kontrolü amacıyla uygulanan bakım paketleri

Ventilatör ilişkili bakım paketi	Üriner kateter ilişkili bakım paketi	Santral venöz kateter ilişkili bakım paketi
✓ İşlem sırasında el hijyeni sağlandı mı?	✓ İşlem sırasında el hijyeni sağlandı mı?	<i>İşlem öncesi</i>
✓ Eldiven kullanıldı mı?	✓ Üriner kateter takma kiti hazır mı?	✓ Hasta veya hasta yakınına yapılacak işlem ile ilgili bilgi verilerek onam alındı mı?
✓ Gastrik lavaj gerekli mi?	✓ İşlem öncesi cilt antisepsisi yapıldı mı?	✓ El yıkama talimatına göre el hijyeni sağlandı mı?
✓ Gastrik tüp oratrakeal olarak takılmış mı?	✓ Steril eldiven giyildi mi?	✓ Santral venöz kateter uygulaması ve bakım talimatına göre malzemeler hazırlandı mı?
✓ Entübasyon kiti hazır mı?	✓ Üretral meatus temizliği yapıldı mı?	✓ Kateter takılacak bölge seçildi mi?

✓ Entübasyon işlemi yapılırken aseptik tekniğe dikkat edildi mi?	✓ Delikli yeşil örtü kullanıldı mı?	✓ Uygun kateter seçildi mi?
✓ Entübasyon sonrası steril şartlarda aspirasyon işlemi yapıldı mı?	✓ Steril kayganlaştırıcı jel kullanıldı mı?	✓ Hastaya uygun pozisyon verildi mi?
✓ Laringoskop seti dezenfekte edildi mi?	✓ Asiste eden kişi steril kurallara uygun malzeme temini sağladı mı?	✓ Acil ilaçlar ve malzemeler hazırlandı mı?
✓ Endotrakeal kaf basıncı 20-30 cmH ₂ O arasında mı?	✓ Kateter üretraya bir kerede yerleştirildi mi?	İşlem sırası
	✓ İdrar gelişi gözlemlendi mi?	✓ Steril giyinme ve giydirmeye talimatına göre steril gömlek giyildi mi?
	✓ Katerer balonu 8-10 ml steril sıvı ile şişirildi mi?	✓ Maske bone takıldı mı?
	✓ Kateter yeri kontrol edildi mi?	✓ Steril eldiven kullanım talimatına uygun giyildi mi?
	✓ Steril kapalı drenaj sistemi takıldı mı?	✓ Steril malzeme kullanım güvenliği talimatına göre steril ortam ve mayo masası hazırlandı mı?
	✓ Perinede kirlenme varsa antiseptik solüsyon ile temizlendi mi?	✓ Hasta sedatize edildi mi?
	✓ Kateter sabitlendi mi?	✓ Uygun antiseptik ile bölge temizliği yapıldı mı?
	✓ İdrar torbası mesane seviyesinin altında mı?	✓ Steril malzeme kullanım güvenliği talimatına göre işlem yapılacak alan örtüldü mü?
		✓ Kateter uygun şekilde takıldı mı?
		İşlem sonrası
		✓ Kateter yolları heparinli enjektör ile yıkandı mı?
		✓ Kateter steril olarak tespit edildi mi?
		✓ Bölge uygun antiseptik ile temizlenerek kapatıldı mı?
		✓ İşlem sırasında kullanılan malzemeler kesici ve sivri uçlu aletlerin toplanması talimatına uygun olarak atıldı mı?

SONUÇLAR

Çalışma süresince YBÜ'de 1617 hasta takip edilmiş olup, hastaların demografik verileri ve risk faktörleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

%56,7'si cerrahi sonrası yoğun bakım ihtiyacı gösterirken, %43,3 dahili problemler nedeni ile YBÜ'de takip edilmiştir.

Tablo 2. Hastaların demografik verileri (N=1617)

Yaş	Ort ± SS 56,2 ± 10,2	
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	836	51,7
Erkek	781	48,3
Tedavi Gördüğü Ünite		
Cerrahi YBÜ	917	56,7
Dahiliye YBÜ	700	43,3
Kronik hastalıklar		
Yok	83	5,2
Diyabet	598	36,9
Hipertansiyon	663	41
Kronik böbrek yetmezliği	201	12,4
Strok	72	4,4
TOPLAM	1617	100

Hastalar YBÜ’de 5967 hasta günü takip edilmiş olup, hastaların yıllara göre dağılımı ve

kateter kullanım gün sayıları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Yıllara göre kateter kullanım süreleri ve oranları

KATETER KULLANIM SÜRE VE ORANLARI	YILLAR			
	2013	2014	2015	TOPLAM
Hasta sayısı	537	596	484	1617
Hasta günü	2143	2195	1629	5976
ÜK Kullanım günü	1813	1974	1438	5225
ÜK Kullanım oranları (%)	84,6	90	88,2	87,6
Ventilatör Kullanım Günü	930	667	547	2144
Ventilatör Kullanım Oranları (%)	43,4	30	33,5	35,9
SVK Kullanım Günü	1094	1148	726	2968
SVK Kullanım Oranları (%)	52	52	44,5	49,7

SVK: Santral venöz kateter, ÜK: Üriner kateter

2013 yılı dahili/cerrahi yoğun bakım ünitesi enfeksiyon hızları sürveyans verilerine göre 1 hastada üriner sistem enfeksiyonu (%0,18), 1 hastada ventilatör ilişkili pnömoni (%0,18), 7 hastada kan dolaşımı enfeksiyonu

(%1,30) saptandı. Takip eden 2014 ve 2015 yılında YBÜ’de enfeksiyon tespit edilmemiş olup enfeksiyon oranları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Bakım paketi uygulaması esnasında görülen enfeksiyon oranları

YIL	VIP		ÜK		VIP		SVK		SVK		SVK	
	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)	Enfeksiyon Hızı %	İnsidans Dansitesi (Binde)
2013	537	2143	1	0.18	0.46	1	0.18	0.46	7	1.30	3.26	
2014	596	2195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	484	1629	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SVK: Santral venöz kateter, ÜK: Üriner kateter, VIP: Ventilatör ilişkili pnömöni

TARTIŞMA

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, hastanede yatan hastaların %5-15'ini etkilemekte olup yoğun bakım hastalarında enfeksiyon ölüm riskini %35 arttırır. Amerika'da sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların tedavi maliyeti yılda 33 milyon doları aşmaktadır.^{5,6} Yoğun bakım ünitelerinde mortalite ve morbiditenin yanı sıra maliyeti azaltmada enfeksiyon ile mücadele önemli yer tutar. Warye ve arkadaşları (2009) hastane yöneticilerinin sıfır enfeksiyon yaklaşımı ile hasta güvenliği ve finansal performansın artırılabilceğini bildirmiştir.¹⁰

YBÜ'lerinde sıklıkla pnömöni, üriner sistem enfeksiyonu, bakteriyemi, sepsis ve kateter enfeksiyonu görülür. Japonya'da kateterden kaynaklanan enfeksiyonun her hasta için maliyeti \$57,090 artırdığı bildirilmiştir.¹¹ Kateter ilişkili bakım paketinin temel bileşenlerini el hijyeni, bariyer önlemler, cilt antisepsisi ve günlük değerlendirmeler oluşturur. Kateter girişimlerinin her basamağında (girişim esnasında, değiştirirken, pansuman yaparken, ilaç verirken) el hijyeni önemlidir.⁶ Kateter kullanırken el hijyenine dikkat etme, bariyer oluşturma, alan temizliği önemli basamaklardır. El hijyeni uygulamalarını yatak başına alkol bazlı el antiseptiği koyarak kolaylaştırmak ve el hijyeni konusunda devam eden eğitim programı yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyon oranlarını ve maliyeti azaltır.¹² Kanıt dayalı çalışmalarda bakım paketi kullanımının sıfır enfeksiyonu işaret etmesi üzerine hastanemiz enfeksiyon kontrol komitesi toplantısında bakım paketlerinin kurum profiline uygun olarak hazırlanması ve uzman grup ile birlikte hazırlanan bakım paketleri klinisyenlerle tartışılıp gerekli revizyonlar yapıldıktan sonra 2013 yılından itibaren kullanılması sonrası ilk yıl katetere bağlı enfeksiyon düşük oranda

mevcut iken, bakım paketinin kurum kültürüne adaptasyonu sağlandıktan sonraki iki yılda enfeksiyona rastlanmamıştır.

Kateter ilişkili kan yolu enfeksiyonları oranlarının kanıt dayalı uygulamalarla bakım paketi geliştirilmesi sonrası 100 kateter gününde 2,7'den sıfıra indirildiği bildirilmiştir.¹³ Khalid ve ark. (2013) tarafından santral venöz kateter kullanımında bakım paketi öncesi 6,9/1000 kateter günü olan enfeksiyon oranı, 1. yıl sonunda 1,06/1000 kateter gününe, ikinci yılın sonunda 0,35/1000 kateter gününe düştüğü bildirilmiştir.¹⁴ Santral kateter takılırken enfeksiyon riskini azaltmak için kateter bölgesinin seçimi çok önemlidir. Bu nedenle sırasıyla subklavyen, juguler, femoral bölge seçimi önerilmektedir.⁶ Santral kateterin pansumanının yarı geçirgen ve şeffaf örtü ile kapatılması kateter giriş yerinin gözlemlenebilmesini sağlayarak pansumanın sık değiştirilmesini önler.⁶ Üriner kateter bakım paketi hem yoğun bakım ünitelerinde hem de ayaktan tedavi ünitelerinde enfeksiyon oranlarını düşürür.¹⁵ Ventilatör bakım paketinde başın kaldırılması, sedasyon, ekstübasyona uygunluğun değerlendirilmesi yanı sıra stres ülseri ve derin ven trombozu profilaksisinin de faydalı olacağı bildirilmiştir.¹⁶ Hastanemizde uyguladığımız bakım paketlerinde de saha temizliği, kateter uygulama prosedürü ve bakımı hakkında temel bileşenlere yer verilmiş ve uygulaması sağlanmıştır. Hastanemizde yapılan bakım paketlerinde de sürecin uygulamaya başlanması ile enfeksiyon oranları azalmış ve ikinci yılda sıfır enfeksiyon hedefine ulaşılmıştır.

Bakım paketinin kullanımı yıllardır gündemde olmasına rağmen, her bir bileşene uyumun önemi son zamanlarda anlaşılmaya başlanmıştır. Pakette yer alan bileşenlerden herhangi birine uyum sağlamama paket uyumu tamamen ortadan kaldırır. Bu yaklaşım,

morbiditenin azalması, hastanede kalış süresinin kısalması ve iyileştirilmiş hasta çıktıları ile sonuçlanır. Prakash ve ark. tüm yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) bakım paketlerini uygulamış ve YBÜ personeline paketlere yaklaşımının önemi konusunda temel bir eğitim vermiştir. Çalışma süresi boyunca ventilatöre bağlı pnömoni, santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ve üriner kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gibi araç ilişkili enfeksiyonların oranlarını takip etmiştir. Uygulama sonrası %19,0 oranında VAP oranının sabit bir şekilde azaldığı gözlenmiştir (1000 ventilatör günü için 14,7'den 11,9'a).¹⁷ Birçok çalışma da, paket uygulamasının ardından VAP oranındaki benzer düşüşleri ortaya koymuştur. Morris ve ark bakım paketinin uygulanmasını takiben 1000 ventilatör günü başına VAP oranının 32,0'dan 12,0'a düştüğünü göstermiştir.¹⁸ Pogorzelska ve ark. VAP bakım paketi ile YBÜ'lerin arasında sadece uyumu sürekli izleyen ve daha yüksek uyumu sağlayanların VAP'ta bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁶ Hastanemizde de uyguladığımız bakım paketlerinde uyumun artması ile enfeksiyon oranları azalmış ve ikinci yılda da hedefe ulaşılmıştır.

Yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının insidansı, invaziv girişimlerin artması ve hastaların destek tedavilerle yoğun bakım ünitelerinde yatış sürelerinin uzaması gibi nedenlerle giderek artmaktadır. Kullanılan geniş spektrumlu antibiyotikler, çok ilaca dirençli mikroorganizmalarla kolonizasyon ve enfeksiyonların sıklığının artmasına neden olmaktadır. Tedavide kullanılacak antibiyotik seçeneklerinin de kısıtlı olması enfeksiyon kontrol önlemlerinin önemini arttırmıştır. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin tek tek uygulanması yerine birimlerin özelliklerine göre üç veya beş önlemin birlikte paket halinde uygulanması daha etkili bulunmuştur.¹⁹ Schulman ve ark. yenidoğan yoğun bakımda yaptıkları çalışmada bakım paketleri kullanarak ülke genelinde %67 oranında kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarını azaltmıştır.²⁰ Gupta ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada el hijyenine uyum, kişisel koruyucu donanım ve antibiyotik yönetimi gibi bileşenlerin yer aldığı bakım paketlerinin uygulaması sonrası sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünde başarılı olduğu; ayrıca sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlarda %28 azalma olduğu görülmüştür.²¹ Cheng ve ark yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirdikleri

çalışmada el hijyeni, idrar sondası yerleştirme endikasyonları, eğitilmiş sağlık uzmanları tarafından aseptik bir teknik kullanımı, steril kapalı bir drenaj sisteminin bakımı, drenaj torbasını mesanenin seviyesinin altında tutulması, üriner kateter endikasyonlarının günlük olarak gözden geçirilmesi, gereksiz kateterlerin erken çıkarılması ve kateterlerin veya drenaj torbalarının rutin olarak değiştirilmesinden kaçınılması gibi çeşitli bileşenleri bulunan bakım paketinin uygulaması sonrası kateter ilişkili enfeksiyon oranlarının azalmasına etki gösterdiği belirtilmiştir.²² Çalışmamızda da bakım paketlerinin kullanılması sonucunda enfeksiyon oranlarının azaldığı, ilerleyen dönemler de ise enfeksiyonun sıfırlandığı tespit edilmiştir.

SONUÇ

Bakım paketi kavramı, hasta bakım süreçlerinin iyileştirilmesi için yapılandırılmış bir yöntemdir. Bakım paketlerinin özünde, sağlık çalışanlarının oluşturulan önlemlere tümüyle uyum sağlaması yatar. Bir bakım paketinin içinde kanıtla dayandırılmış işleme özgü spesifik basamaklar liste halinde yer almaktadır.⁵ Özellikle kateter ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde basit ve etkili bir yöntem olarak bu paketler tüm dünyada yaygın olarak kullanılmış, sonuçları sıfır enfeksiyon olarak yayınlanmıştır.^{23,24} Çalışmamızda bir üniversite hastanesi yoğun bakım ünitesinde kullanılan bakım paketlerinin erken dönem sonuçları bildirilmiştir. Uygulama öncesi verilen eğitim ve alanda yapılan geri beslemeler sonrası bakım paketlerinin uygulamaya konulmasından kısa bir süre sonra sıfır enfeksiyon oranına ulaşmanın mümkün olduğu tespit edilmiştir.

Sıfır enfeksiyon oranını sürdürmek titizlikle çalışmak ve bu konuya gönül vermekle mümkündür.⁸ Sıfır enfeksiyona ulaşabilmek için; açık hedeflerin konulması, kararlı liderliğin sürdürülmesi, kaynaklara erişimin mümkün olması, iyi uygulama örneklerinin bildirilmesi, etkin insan kaynakları yönetiminin sağlanması ve sürekliliğin devam etmesi gereklidir.⁷ Enfeksiyon kontrolünde başarının anahtarı eğitim, multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi, verilerin toplanması ve kullanılmasında çalışanlara bireysel sorumluluk verilmesi ve yönetimin de çalışmalara dahil edilmesi olarak sıralanmıştır.⁸ Enfeksiyon kontrolünde uygulanan bakım paketleri bütün bu basamakları içinde barındıran bir uygulamadır.

Enfeksiyon kontrolünde bakım paketi uygulaması hasta güvenliği hedeflerine ulaşılmasının yanı sıra yoğun bakım kalış süresini ve buna bağlı olarak bakım maliyetlerini de azaltır. Bakım paketlerine yönelik strateji geliştirilmesi ile hastane gelirlerinin artacağı bildirilmiştir.¹¹

Enfeksiyonla mücadelede sağlık çalışanlarının eğitimi, bakımın sağlanması, değerlendirilmesi ve verilerin kaydedilmesi başarı için önemlidir.⁶ Bakım paketlerinin güvenilir olarak uygulanmasında enfeksiyon kontrol bölümü, personel eğitimi, prosedürün kontrolü, uyumun sağlanması ve sürveyansın hesaplanması büyük öneme sahiptir.¹⁶ Bakım paketine uyum belirlenmiş aralıklarla ölçülerek değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirmelerde görülen aksaklıklar sahada uygulamalı olarak düzeltilmeli ve gerekli konularda kurum içi eğitim planlanmalıdır.

Enfeksiyon oranlarını azaltmak için bakım paketlerinin uygun olarak yapıp yapılmadığının ve pakete uyumun denetlenmesi önemlidir.¹⁶ Kateter ilişkili enfeksiyon oranlarının düşük seviyede kalması için hastanenin devamlı desteği ve ekip çalışmasının aksamadan devamı gerekir.²⁵ Kurumun başarısı için hastaneyi tanıyan lider ekibin kurulması ve önemli basamakların belirlenmesi, bakım standartlarında uyumu artırır.²⁵ Hastanemizde enfeksiyon kontrol birimi bakım paketine uyumu yerinde değerlendirip, gerekli düzenlemeleri yaptıktan sonra raporlamalar yapılmakta ve eğitimler planlanmaktadır.

Bakım paketlerine sağlık çalışanlarının uyumu, devamlı eğitim programları ve sonuçlar

hakkında bilgilendirme ile arttırılacaktır.^{26,27} Bakım paketinin önemli basamağını prosedürün gerekliliklerini yerine getirilmediğini fark eden hemşirelerin gerekli uyarıyı yapacak ve işlemi durduracak şekilde güçlendirilmeleri (empowerment) oluşturur.²⁸ Bunun yanı sıra elektronik kontrol listesi uygulaması da gerçek zamanlı takip avantajı ile hata riskini azaltacaktır.²⁷

Kanıt dayalı hasta bakımının iyileştirilmesi ve hasta verilerinin geliştirilmesinde bakım paketleri önemli role sahiptir.⁹ Bu paketler özellikle kateter ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde basit ve etkili bir yöntemdir. Bakım paketlerinin uygulaması dünyada giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Bakım paketlerinin etkin bir şekilde kullanımı ile yoğun bakım ünitelerinde sıfır enfeksiyon hedefi mümkündür.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bakım paketi kanıt dayalı bakım ve hasta sonuçlarının güvenilirliğini artırmak için güçlü bir yol göstericidir. Sağlık çalışanlarının paket kullanımı konusundaki bilgisinin değerlendirilmesi, paket uygulama süreçleri ve paketin tek tek bileşenlerine uyumun izlenmesi gibi göstergeler, paket uyumluluğunu artırmada ve dolayısıyla araç ilişkili enfeksiyon oranlarını düşürmede büyük bir etkiye sahiptir. Ancak, çalışmanın retrospektif desende olması ve hastane enfeksiyon kontrol verilerinin paketin her bir bileşenine uyum oranına yönelik toplanmamış olması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

1. Silvestri L, Petros AJ, Sarginson RE, de la Cal MA, Murray AE, van Saene HKF. Handwashing in the intensive care unit: A big measure with modest effects. *J Hosp Infect.* 2005. doi:10.1016/j.jhin.2004.11.005
2. Bakır M. Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Kontrolü. *Türkiye Klin J Int Med Sci.* 2006;2(46):57-68.
3. Orucu M, Geyik MF. Yoğun Bakım Ünitesinde Sık Görülen Enfeksiyonlar. *Düzce Tıp Fakültesi Derg.* 2008.
4. O'grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control.* 2002.
5. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J, World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009. doi:10.1086/600379
6. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control.* 2011. doi:10.1016/j.ajic.2011.01.003
7. [http://www.ihl.org/resources/Pages/Improve mentStories/WhatIsaBundle.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Improve%20mentStories/WhatIsaBundle.aspx).
8. Catheter-related Blood Stream

- Infections - Zero Tolerance and Counting... Staying There Remains the Challenge. *Am J Infect Control*. 2008. doi:10.1016/j.ajic.2008.04.039
9. Marwick C, Davey P. Care bundles: The holy grail of infectious risk management in hospital? *Curr Opin Infect Dis*. 2009. doi:10.1097/QCO.0b013e32832e0736
 10. Warye K, Granato J. Target: zero hospital-acquired infections. *Heal Financ Manag*. 2009.
 11. Nakamura I, Fukushima S, Hayakawa T, Sekiya K, Matsumoto T. The additional costs of catheter-related bloodstream infections in intensive care units. *Am J Infect Control*. 2015. doi:10.1016/j.ajic.2015.05.022
 12. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, et al. Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam. *Am J Infect Control*. 2015. doi:10.1016/j.ajic.2015.08.006
 13. Pronovost P. Interventions to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU: The Keystone Intensive Care Unit Project. *Am J Infect Control*. 2008. doi:10.1016/j.ajic.2008.10.008
 14. I. K, M. Q, M. K, et al. Achieving and maintaining “zero” central line-associated blood stream infection for over a year in a medical-surgical intensive care unit. *Am J Infect Control*. 2013.
 15. Marra AR, Sampaio Camargo TZ, Goncalves P, et al. Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. *Am J Infect Control*. 2011. doi:10.1016/j.ajic.2011.01.013
 16. Pogorzelska M, Stone PW, Furuya EY, et al. Impact of the ventilator bundle on ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Int J Qual Heal Care*. 2011. doi:10.1093/intqhc/mzr049
 17. Prakash S, Rajshekar D, Cherian A, Sastry A. Care bundle approach to reduce device-associated infections in a tertiary care teaching hospital, South India. *J Lab Physicians*. 2017. doi:10.4103/jlp.jlp_162_16
 18. Morris AC, Hay AW, Swann DG, et al. Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: Impact of implementing a care bundle. *Crit Care Med*. 2011. doi:10.1097/CCM.0b013e3182227d52
 19. Alp E. Yoğun Bakım Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Paket Uygulamaları. *Türkiye Klin J Intensive Care-Special Top*. 2018;4(1):8-14.
 20. Joseph Schulman, Rachel Stricof, Timothy P. Stevens, Michael Horgan, Kathleen Gase, Ian R. Holzman, Robert I. Koppel, Suhas Nafday, Kathleen Gibbs, Robert Angert, Aryeh Simmonds, Susan A. Furdon LS. Statewide NICU Central-Line-Associated Bloodstream Infection Rates Decline After Bundles and Checklists. *Pediatrics*. 2011;127(3).
 21. Kumar Gupta S, Al Khaleefah FK, Saifi Al Harbi I, Jabar S, Torre MA, Mathias SL. A study to assess knowledge and skill among doctors about hand hygiene, WHO five moments, personal protective equipment's and assess the impact of educational intervention, in tertiary care hospital, Al Qassim provenance of Saudi Arabia. *Int J Community Med Public Heal*. 2018. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20183566
 22. Cheng WY, Lin YH, Lai CC, Chao CM. Impact of catheter-Associated urinary tract infection bundle on other health care-Associated infections. *Am J Infect Control*. 2015. doi:10.1016/j.ajic.2014.09.023
 23. Jock L, Emery L, Jameson L, Woods PA. Journey to Zero Central Line-Associated Bloodstream Infections: An Intensive Care Unit's Story of Sustained Success and Quality Improvement. *JAVA - J Assoc Vasc Access*. 2016. doi:10.1016/j.java.2016.03.002
 24. Christ-Libertin C, Black S, Latacki T, Bair T. Evidence-based prevent catheter-associated urinary tract infections guidelines and burn-injured patients: A pilot study. *J Burn Care Res*. 2015. doi:10.1097/BCR.000000000000193
 25. Exline MC, Ali NA, Zikri N, et al. Beyond the bundle - journey of a tertiary care medical intensive care unit to zero central line-associated bloodstream infections. *Crit Care*. 2013. doi:10.1186/cc12551
 26. Rello J, Afonso E, Lisboa T, et al. A care bundle approach for prevention of

- ventilator-associated pneumonia. Clin Microbiol Infect. 2013. doi:10.1111/j.1469-0691.2012.03808.x
27. Jeong IS, Park SM, Lee JM, Song JY, Lee SJ. Effect of central line bundle on central line-associated bloodstream infections in intensive care units. Am J Infect Control. 2013. doi:10.1016/j.ajic.2012.10.010
28. Southworth SL, Henman LJ, Kinder LA, Sell JL. The journey to zero central catheter-associated bloodstream infections: Culture change in an intensive care unit. Crit Care Nurse. 2012. doi:10.4037/ccn2012915

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ EDİLEN TRAVMALI GERİATRİK HASTANIN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI

THE NURSING CARE OF THE GERIATRIC PATIENT WITH TRAUMA TREATED IN INTENSIVE CARE UNIT BASED ON THE GORDON'S FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL

Seda ER^a, Vildan KOCATEPE^b, Gamze KAHRAMANTÜRK^c, Esra UĞUR^d

ÖZ Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi gören hastaların çoğunu yaşlı hastalar oluşturmaktadır. Yaşa bağlı kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarında azalmalar, sindirim sistemi ve üriner sistemde meydana gelen değişimler, duysal ve motor işlevlerde bozulmalar ve travmalar yoğun bakım sürecini daha karmaşık hale getirmektedir. Bu olgu analizi; araç dışı trafik kazası sonrası YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre hemşirelik bakımını gerçekleştirip, bakım süreci ile ilgili literatüre katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, travma, yaşlı, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Together with the increase of the elderly population aged 65 and over throughout the world, the use of the healthcare services by the old people has increased. Most of the patients treated in intensive care unit (ICU) are geriatric patients. Due to increased age, decreases in the cardiovascular and respiratory system functions, the changes in the digestive and urinary system, impairment in the sensory and motor functions and traumas make the intensive care process more complicated. This case analysis was designed to carry out the nursing care of the geriatric patient with trauma treated in intensive care unit after an extravehicular traffic accident based on the functional health patterns model of Gordon and contribute to the literature regarding the care process.

Key words: Nursing care, trauma, elderly, intensive care unit

GİRİŞ

Geriatri hemşireliği; yaşlılara özgü bakım gereksinimlerini anlamak, değerlendirmek, yaşlı bireyler ve bakım vericilerini de kapsayan hemşirelik girişimlerini planlamak ve uygulamak ile ilgili bilgi ve becerileri kapsamaktadır.¹ Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır.² Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi gören hastaların çoğunu yaşlı hastalar oluşturmaktadır.³ Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada YBÜ' de yatan hastaların %60'nın 65 yaş ve üstü hastalar olduğu belirtilmiştir.⁴ Ülkemizde ise bu oran %46 olarak bulunmuştur.⁵ Yaşlanma ile birlikte hücre, doku, organ ve sistem işlevlerinde azalma görülmektedir.⁶ Yaşa bağlı kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarında azalmalar olmaktadır.⁷ Yaşlı bireylerde sindirim sisteminde meydana gelen bağırsak motilitesinin yavaşlaması ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalması sonucu hazımsızlık,

diyare, konstipasyon gibi sorunlar görülmektedir.⁸ Yaşla beraber böbrek boyutlarında küçülme ve renal kan akımında azalma meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak YBÜ'ye yatırılan geriatrik hastalarda görülen diğer önemli sorun da sıvı-elektrolit dengesizlikleridir.^{6,9} Travma sonrası görülebilen renal hipoperfüzyon iskemik akut böbrek yetmezliğine sebep olmaktadır.¹⁰ Yaşlılarda böbrek fonksiyonlardaki gerilemeye bağlı olarak gelişen asit-baz bozuklukları da akut böbrek yetmezliğine yatkınlığı artırmaktadır.¹⁰ Bunlara ek olarak derinin kalınlığının ve kanlanmasının azalması yaşlılarda basınç yarası oluşum riskini arttırmaktadır.⁷ YBÜ' ye yatırılan yaşlı hastalar genç hastalara göre daha fazla mortalite ve morbitide oranlarına sahip olduğu için ayrıcalıklı ve karmaşık bir hasta grubunu oluşturmaktadır.^{7,11}

Yaşlılarda görme gibi duysal işlevlerin azalması, reflekslerin azalması, denge ve hareket koordinasyonunun bozulması gibi durumlar travmayı önleme ve bu insanlar

Geliş Tarihi/Received:05.12.2018; Kabul Tarihi/Accepted:19.04.2019

^a Hemşire, Fransız Lape Hastanesi, Geropsikiyatri Servisi, İSTANBUL

^bÖğr. Gör., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

^cHemşire, Acıbadem Maslak Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, İSTANBUL

^dDoç. Dr., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Seda ER

E-posta: sedacengiz534534@gmail.com

arasındaki travmadan kaynaklanan stresle başa çıkma kabiliyetini azaltmaktadır. Travmayı takiben ortaya çıkan metabolik ve endokrin yanıtlar yaşlılarda genç ve yetişkinlere göre farklılık göstermektedir.¹² Travma; geriatrik yaşlı gruplarında en sık ölüm nedeni olmasa da genç hastalarla karşılaştırıldığında, geriatrik hastalarda mortalite oranı daha fazla saptanmıştır.¹³ Travma ve yaşlılığın getirdiği problemler yoğun bakım sürecini daha karmaşık hale getirmektedir.

Yoğun bakım üniteleri birçok invaziv ve noninvaziv girişimin uygulandığı, mortalite ve morbitide oranlarının yüksek olduğu ünitelerdir.¹⁴ Bu nedenle sağlık ekibi içerisinde hemşireler; tedavi ve bakım alan hastalara bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı uygulamalara dayanan bakımın sağlanmasında profesyonel bilgi ve becerilerini kullanmak ile sorumludur.¹⁴ Hemşirelik bilgi birikiminde model ve kuramlar, hemşirelik süreci ve hemşirelik sınıflama sistemleri önemli bileşenleri oluşturmaktadır.¹⁵ Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılamının doğru ve eksiksiz yapılması, aynı şekilde verilerin analiz edilmesi ve sürecin diğer aşamalarına geçilmesi hemşirelik modelleri ile mümkün olmaktadır.¹⁵ Gordon tarafından geliştirilen ve bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini sağlayan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili bir modeldir.¹⁶ Bireylerin gereksinimlerinin 11 fonksiyonel alanda açıklandığı model; sistematik ve standardize bilgi toplamayı ve bilginin hemşirelik bakış açısı ile analiz edilmesini sağlamaktadır.¹⁷ Bu olgu analizinde YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın hemşirelik bakımı; bireyselleştirilmiş ve kapsamlı veri toplama ve hemşirelik bakış açısı ile verilerin analizini sağlayan FSÖ modeli kullanılarak planlanmıştır. Bu olgu analizi; araç dışı trafik kazası sonrası YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın FSÖ'ye göre hemşirelik bakımını gerçekleştirip, bakım süreci ile ilgili literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.

OLGU

80 yaşındaki erkek NA acil servise araç dışı trafik kazası sebebiyle başvurmuştur. Sistemik bir hastalığı ve bilinen bir alerjisi olmayan NA'nın sürekli kullandığı bir ilacı bulunmamaktadır. Sol iliak kemikte fraktür, yüzde ve orbitada parçalı kırıklar ile gözlerinde laserasyonları mevcut olan NA solunumsal

asidoz nedeniyle entübe edilmiştir. 'Diagnostik Laporektomi ve Kolon Rezeksiyonu' ameliyatı olan NA'ya 'İleus' tanısı konmuş, sigmoid kolon iskemisi sebebiyle sigmoid kolonda kolostomi açılmıştır. Kanda BUN, üre ve kreatinin değerlerinde artış ve oligüri belirlenen NA'da metabolik asidoz tablosu gelişmiş, akut böbrek yetersizliği tanısı konulmuştur. NA'ya hemodiyalizasyon uygulanmaya başlanmıştır. NA'ya renal perfüzyonun ve bronkodilatasyonun sağlanması, analjezik, profilaktik, antibakteriyal amaçlı ve beslenmeye yönelik tedavi uygulanmıştır.

YÖNTEM

NA, YBÜ'de çalışan bir hemşire ve bir araştırmacı tarafından 14 gün boyunca takip edilmiş ve FSÖ modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı verilmiştir. Olgu sunumu için Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Hastanın değerlendirilmesinde standardize veri toplamayı kolaylaştıran ve bireyleri biyopsikososyal açıdan kapsamlı şekilde değerlendiren Gordon'un FSÖ modeli kullanılmıştır. Hastanın yoğun bakım takibi sürecinde yapılan hemşirelik bakımı, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği "North American Nursing Diagnosis Association NANDA" tarafından onaylanan hemşirelik tanıları kullanılarak NIC hemşirelik girişimleri ve NOC bakım sonuçlarının sınıflandırılması doğrultusunda sunulmuştur. NIC sınıflandırma sistemi kullanımı; hastaya uygulanabilecek girişimlere ulaşılmasına olanak sağlamak ve bakımın planlanmasında kaynak oluşturmaktadır.¹⁸ NOC, uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta üzerinde etkisini saptamak amacıyla hasta sonuçlarının standart hale getirilmiş bir sınıflamasıdır.¹⁹ Günümüzde sağlık alanında sık duyulan Kanıta Dayalı Uygulama (KDU), hemşirelikte profesyonel gelişiminin ayrılmaz bir parçası olduğundan hemşirelik bakım planındaki girişimler kanıt düzeyleri ile birlikte verilmiştir. Kanıt düzeylerinin belirlenmesinde Joanna Briggs Kanıt Düzeyleri (KD) temel alınmıştır.²⁰

Hastanın Sağlık Öyküsü'nün Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlık Algılanması ve Sağlık Yönetimi: NA entübe olduğu için koruyucu sağlık davranışları konusunda bilgi alınamamıştır. NA'nın daha önce hastaneye

yatışı, sistemik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaç yoktur. NA'nın pozisyon verme, pansuman değiştirme vb. işlemlerde yüzünü buruşturarak, elleriyle batın bölgesini göstererek ve işlem sırasında direnç uygulayarak ağrı ifade ettiği gözlemlenmiştir. Hastanın bilinç düzeyi Level Of Consciousness (L.O.C) ile 2 olarak değerlendirilmiştir. Davranışsal ağrı skalasına (DAS) göre değerlendirildiğinde NA'nın DAS sonucu 7 olarak saptanmıştır.

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı

NOC Ağrı düzeyi, rahatlık düzeyi **NIC**

Ağrı yönetimi, ilaç düzeyinin yönetimi

İlgili Faktörler: Kas iskelet sistemindeki bozukluklar, kırıklar, doku travması, enflamasyon

Belirti ve Bulgular: Ağrılı vücut bölgesini koruyucu davranma, yüzünü buruşturma, suratını buruşturma, DAS puanı: 7

Hedefler: Hastanın ağrı değerinin davranışsal ağrı skalasına göre 5 ve altında bir değer olması

Girişimler:

- Hasta 'Davranışsal Ağrı Skalası' na göre değerlendirilecek (KD: III.1).²¹
- Ağrının yeri ve ağrıyı arttıran durumlar hastanın davranışlarıyla belirlenecek (KD: III.1).²²
- Hastaya ağrı deneyimi yaşatacağını düşünülen işlemler en az ağrı yaşatılacak şekilde destek alınarak uygulanacak (KD: IV).²²
- Hastanın istem edilen opioid/analjezikleri 8 doğru ilaç ilkesine göre uygulanacak (KD: III.1).²²
- Analjezik tedaviyi uygularken tedavinin yan etkileri (solunum depresyonu, aşırı sedasyon, bulantı, kusma, konstipasyon) gözlemlenecek (KD: III.1).²²

Hemşirelik Tanısı 2: Düşme Riski

NOC Risk kontrolü, güvenlik durumu **NIC**

Düşmeyi önleme, çevrenin yönetimi

İlgili Faktörler: Sedatif ilaç kullanımına sekonder çevredeki tehlikelerin farkında olmama, ilerlemiş yaşa sekonder duyuşsal fonksiyonlarda (gözlerde laserasyonlar) bozukluk, travma öyküsü, uzun süre yatak istirahati

Hedefler: Hastanın hospitalizasyon süreci boyunca düşme deneyimlememesi

Girişimler:

- Düşme riskini önlemek için hastanın kullandığı ilaçlar değerlendirilecek.

- Hastanın kullandığı bilinen, yüksek riskli ilaç varlığı belirlenecek (KD: I).²³
- Hastanın bilinci değerlendirilecek (L.O.C Skalası:2) (KD: IV).²⁴
- Hasta; yaşı, düşme hikayesi, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar gibi kriterlerin sorgulandığı uygun bir skala ile değerlendirilecek (Düşme Riski Skor:19) (KD: IV).²⁴
- Yatak kenarlıkları kaldırılacak (KD: IV).²⁴
- Yatak en alt seviyede tutulacak (KD: IV).²⁴
- Yatak freninin kapalı olduğundan emin olunacak (KD: IV).²⁴
- Sedasyon alan hastaya düşme riski kol bandı takılacak (KD: IV).²⁴

2. Beslenme ve Metabolik Durum: NA total parenteral nutrisyon ile sürekli infüzyon şeklinde beslenmiştir. NA'ya üriner katater ve hemofiltrasyon katateri takılmıştır. NA'nın laboratuvar değerleri; BUN: 36 mg/dl, Üre: 77,04 mg/dl, Kreatinin: 1,07 mg/dl, Albumin: 2,59 g/dl şeklinde bulunmuştur. NA'ya hemodiyafiltrasyon uygulanmış ve Ca⁺²-Sitrat düzeyleri kontrol edilmiştir. NA'da travma sonucu hiperglisemi tablosu gelişmesi nedeni ile (Açlık Kan Glukoz Düzeyi: 400 mg/dl) Humulin-R infüzyon tedavisi başlanmıştır. NA'nın hemodinamik monitorizasyonu arteriyel katater ve santral katater ile yapılmıştır.

Hemşirelik Tanısı 3: Elektrolit Dengesizliği Riski

NOC Sıvı dengesi, risk yönetimi **NIC**

Sıvı Elektrolit yönetimi

İlgili Faktörler: Travma, çoklu ilaç kullanımı, renal perfüzyonda bozulma, hemodiyafiltrasyon

Hedefler: Hastada gelişebilecek elektrolit dengesizliği komplikasyonun erken fark edilmesi

Girişimler:

- Hastanın yaşam bulguları kontrol edilecek, aldığı/çıkarıldığı sıvı miktarı takibi yapılacaktır (KD: IV).²⁵
- Sıvı elektrolit dengesizliklerini gösteren belirti ve bulguları (Hipertermi, uykuya eğilim, halsizlik, deri turgorunda bozulma, nabız ve kan basıncı düzensizlikleri vb.) gözlemlenecek (KD: IV).²⁵
- Hastanın boyun venlerinde dolgunluk, belirgin ödem, kalp seslerinde anormal

bulgu ve solunum güçlüğü gibi sıvı volüm artışı bulgularının düzenli izlemi yapılacak (KD: IV).²⁵

- Hastanın hemodiyaliz esnasında hipovolemi, hiperpotasemi ve kullanılan diyalizat solüsyonları ile ilişkili elektrolit dengesi düzenli aralıklarla takip edilecek (KD: IV).²⁶

3. Boşaltım: NA'nın sigmoid kolonunda kolostomi mevcuttur. Bağırsak sesleri 2/dk olan NA'nın gaz çıkışı vardı ancak defakasyon çıkışı sürüntü şeklindeydi.

4. Hareket/Aktivite: NA öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamada bağımlıdır. NA'nın işlem sırasında üst ekstremitelerinde 5/4 kuvvetinde direnç, sağ alt ekstremitesinde 5/2 kuvvetinde direnç ve sol alt ekstremitesinde 5/1 kuvvetinde direnç uyguladığı gözlemlenmiştir. NA'nın "Diagnostik Laporektomi ve Kolon Rezeksiyonu" operasyonu sonucu ameliyathanede gelişen sol tibia üzerinde, sağ bacak içi ve sol skrotum üstünde evre iki basınç yaraları mevcut idi. Hemofiltrasyon kateterinin çıkma riski nedeniyle hekim tarafından pozisyonla ilgili kısıtlama getirilmiştir ancak NA'nın kısıtlılıkları oranında bir miktar perfüzyona izin verecek şekilde daha sık ve küçük pozisyon değişiklikleri ile hareketliliği sağlanmaya çalışılmıştır. NA BIPAP (İki seviyeli pozitif havayolu basıncı) modda %60 O₂ ile ventile edilmekteydi. Solunum sayısı dakikada 18/dk, oksijen saturasyonu %98 şeklinde idi. Kan gazı değerleri ise pH: 7.42, PaCO₂: 43.6 mmHg, HCO₃: 25.7 mmol/L şeklindeydi.

Hemşirelik Tanısı 4: Doku Bütünlüğünde Bozulma

NOC Deri ve mukoz membranlar **NIC**

Bası yönetimi, bası yaralarının bakımı

İlgili Faktörler: Deri vaskülaritesinin azalması, immobilitate ve basınç etkisi, hipoalbumini ve beslenmede değişim, cerrahi operasyon ve mekanik travma, renal yetersizlik

Belirti ve Bulgular: Hastanın Basınç Ülseri İyileşme (PUSH) Ölçeği'ne göre dermal dokudaki sol tibia basınç ülseri boyutunun 5.0 cm² olması, olgunun PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sağ bacak içi basınç ülseri boyutunun 4.0 cm² olması, olgunun PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sol scrotum üstü basınç ülseri boyutunun 5.0 cm² olması

Hedefler: Hastanın basınç ülserinde ilerleme olmaması, hastanın PUSH ölçeğine göre dermal

dokudaki sol tibia ve sol skrotum üstü basınç ülseri boyutunun 5.0 cm² altında olması, hastanın PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sağ bacak içi basınç ülseri boyutunun 4.0 cm² altında olması

Girişimler:

- PUSH Ölçeği ile hastanın yarası değerlendirilecek (KD: IV).²⁷
- Basınç ülseri ile karşılaşıldığında ilk değerlendirme yapılacak ve ülser haftada en az bir kez tekrar değerlendirilecek, bulgular kayıt edilecek (KD: IV).²⁷
- Her pansuman değişiminde, basınç ülseri tedavinin değiştirilmesini gerektiren belirti ve bulgular açısından gözlemlenecek (Eksüdanın azlığı veya fazlalığı, enfeksiyon belirtileri vb.) (KD: IV).²⁷
- Vücut pozisyonunda sık majör değişimleri tolere edemeyen hastada, bir miktar perfüzyona izin verecek şekilde daha sık ve küçük pozisyon değişiklikleri göz önünde bulundurulacak (KD: II).²⁸
- Tüpler, sıvı setleri gibi tıbbi araçların deri üzerinde basınç oluşturmamasına dikkat edilecek (KD: IV).²⁷

Hemşirelik Tanısı 5: Yatak İçi Mobilitede Bozulma

NOC Eklem hareketi: aktif, hareket düzeyi **NIC**
Egzersiz geliştirme: pozisyon verme

İlgili Faktörler: Yatak içi amaçlı hareket yeteneğinin olmaması

Belirti ve Bulgular: Yatak içi amaçlı hareket yeteneğinin olmaması

Hedefler: Hastanın yatak içi mobilizasyonun sağlanması

Girişimler:

- Hastanın motor işlevleri değerlendirilip, kayıt edilecek (kas gücü, kas tonüsü, yatakta hareket yeteneği) (KD: IV).²⁹
- Hastanın aktivite durumuyla ilgili fizyoterapist ile iş birliği yapılacak.
- Günde bir kere fizyoterapist ile birlikte hastaya pasif Range Of Motion (ROM- Eklem Açıklığı Hareketleri) egzersizleri yaptırılacak (KD: IV).²⁹
- Hastaya 2 saatte bir omuzlarından yastıklarla desteklenerek pozisyon verilecek (Yarım sağ/sol dönüşler) (KD: IV).²⁹

- Hareketsizliğin diğer sistemler üzerindeki etkileri değerlendirilecek (KD: IV).²⁹

5. Bilışsel Algılama: NA'nın bilinç düzeyi (Level Of Consciousness- L.O.C) 2 idi. "Elimi sık" emrine amaca yönelik yanıt vermekte ve işlemler sırasında uyarılara direnç gösterebilmekteydi. Travmaya bağlı gözlerinde laserasyonlar mevcuttu.

6. Uyku/Dinlenme: NA'nın yoğun bakım sürecinde geceleri gündüzlere göre daha sakin olduğu gözlemlenmiştir.

7. Kendini Algılama ve Kavrama Biçimi: NA entübe olduğu için bilgi alınamamış ve değerlendirilememiştir.

8. Rol ve İlişki: Hasta emekli ve iki çocuk babasıydı. Ailesi tarafından sık ziyaret edilmemekteydi. Mekanik ventilasyona bağlı olduğu için sözel iletişim kurulamamış ve aile içi rolleri hakkında yeterli bilgi alınamamıştır.

Hemşirelik Tanısı 6: Sözel İletişimde Bozulma
NOC İletişim: ifade etme **NIC** Aktif dinleme, iletişimi güçlendirme

İlgili Faktörler: Travma, endotrakeal entübasyon

Belirti ve Bulgular: Konuşma yeteneğinde azalma-kısıtlanma

Hedefler: Hastayla iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi

Girişimler:

- Odadaki gereksiz sesler elimine edilecek. (TV, radyo vb.) (KD: IV).³⁰
- İletişimi geliştirmek için hastayla dokunma ve beden hareketleri temas edilecek (KD: IV).³⁰
- Hastanın sözel olamayan iletişim yolları değerlendirilecek. (KD: IV).³⁰
- Hastaya yapılan işlemler öncesinde hastaya bilgi verilecek, iletişimin devamlılığı sağlanacak (KD: IV).³⁰

9. Cinsellik ve Üreme: Yapılan genital muayenede testisler hafif kızarıklık ve ödeme bağlı şişlik gözlemlenmiştir.

10. Baş etme/Stres Toleransı: Stres düzeyi ve baş etmesi değerlendirilemeyen NA'nın içinde bulunduğu stresörler; yoğun bakım ortamında bulunması, travma kaynaklı akut ağrısı, yatış sürecinde aile ziyareti sayısının az olması şeklinde tanımlanmıştır.

11. İnanç-Değer: NA'nın İslam dinine mensup olduğu öğrenilmiştir. Mevcut tedavisi sırasında ailesinin tedavisini etkileyecek herhangi bir dini uygulama yaptığı saptanmamıştır.

OLGU ANALİZİ

Araç dışı trafik kazası sonucu YBÜ' de tedavi ve takip edilen geriatrik hastanın FSÖ modeline göre 11 fonksiyonel alanda değerlendirilmesi yapılmıştır. Sağlığın değerlendirilmesi kapsamında olguya "Akut Ağrı" tanısı konulmuştur. Olgunun pozisyon verme sürecinde ağrı deneyimlediği DAS'a göre gözlemlenmiştir. Pozisyonun bir hemşire ve bir sağlık destek personeli tarafından, olgunun kısıtlılıklarına uygun ve yastıklardan destek alınarak verilmesi sağlanmıştır. Olgunun tedavi planında yer alan analjezikler uygulanmıştır ancak pozisyon verme sürecinde olgunun DAS puanı 6 ve üzerinde gözlemlenmiştir. Hedefe ulaşılamamıştır. Hastaya sedatif analjezik uygulanmıştır. Bununla beraber ilerlemiş yaş, uzun süreli yatak istirahati ve orbitada leserasyon ve kırıklar sonucu "Düşme Riski" hemşirelik tanısı ele alınmıştır. Olgunun uyanık ve "Elimi sık, elini indir" gibi sözlü emirlere yanıt verdiği gözlemlendi, L.O.C değerlendirmesi yapıldı. Hastanın takip edildiği süre boyunca, olgu düşme deneyimlememiştir. Ancak risk devam etmektedir.

Hastada akut böbrek yetmezliği ve hemodiyafiltrasyona bağlı "Elektrolit Dengesizliği Riski", beslenme ve metabolik durum fonksiyonel alan içinde ele alınmıştır. Tedavi planı çerçevesinde 4 saatte bir hastanın arterial kan gazı sonucu değerlendirilmiştir. Mevcut tanısı, hemodiyafiltrasyon nedeniyle volüm kaybı, diüretik kullanımı gibi nedenlerle gelişen metabolik alkaloz tablosu hastanın hekimine bildirilmiş ve takibi yapılmıştır. Hastada takip süresi boyunca başka asit-baz dengesizliği tablosu gözlemlenmemiştir.

Hastada var olan basınç yaraları nedeniyle "Doku Bütünlüğünde Bozulma" tanısı konmuştur. Takip edildiği süre içerisinde pozisyon verme ve pansuman değişimleri sırasında basınç yaraları değerlendirilmiştir. 2 hafta sonunda mevcut basınç yaraları PUSH ile değerlendirildiğinde, basınç yaralarında iyileşme ya da boyutlarında ilerleme gözlemlenmemiştir. Hastada yeni basınç yarası oluşmamıştır. Hareket/aktivite fonksiyonel alanında, olgunun amaçlı yatak içi hareketinin olmaması nedeni ile "Yatak İçi Mobilizasyonda Bozulma" tanısı konulmuştur. Hastaya takip edildiği süre boyunca 2 saat aralıklarla pozisyon verilmiş, fizyoterapist ile beraber ROM egzersizleri uygulanmıştır. Hastanın yatak içi amaçlı hareket yeteneği olmamakla birlikte,

yapılan egzersiz ve pozisyon değişimleri ile yatak içi mobilizasyonu sağlanmıştır.

Rol ve ilişki kapsamında hastaya “Sözel İletişimde Bozulma” tanısı konulmuştur. Hasta ile endotrakeal entübasyon nedeni ile sözel iletişim kurulamamıştır. Ancak yapılacak her işlem öncesi ve sonrası (pozisyon verme, bakım zamanı, pansuman değişimi vb.) hastaya sözlü bilgilendirilme yapılmıştır.

Sonuç olarak, Gordon’un FSÖ modelinin geriatrik hastaların bütüncül değerlendirilebilmesinde uygun olduğu düşünülmektedir. Bu makalenin, YBÜ’de tedavi edilen travmalı geriatrik hastaların hemşirelik tanıları ve kanıta dayalı hemşirelik girişimleri açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mezey M, Bickford C, Schumann MJ, Mariano C, Handberg E, Sutermaster DJ. Specialty nursing scope and standards of practice: incorporating content about the care of older adults. *Geriatric Nursing* 2007; 28(6): 23-28.
2. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49(10): 19-30.
3. Özşaker E, Alcan AO, Korkmaz FD. Yaşlı hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2013; 16(4): 408-413.
4. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* 2006; 34(9): 176-182.
5. Topeli A. The outcome of the geriatric patients in the icu. *Critical Care* 2001; 5(1): 249.
6. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2(3): 385-395.
7. Topeli A. Yoğun bakım ünitesi'nde geriatrik hasta. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3(4): 151-154
8. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2010; 2(2): 19-23.
9. Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam* 2011, 2(3): 1-12.
10. Karadağ F, Tanrıverdi MH. Akut böbrek yetersizliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2(1):46-52.
11. Erden İA, Kara D, Ayhan B, Uzun Ş. Geriatrik hasta ve yoğun bakım. *Akademik Geriatri Dergisi* 2010; 4: 115-119.
12. Eser M, Keten A, İçme F, Kılınç İ, Keten HS. Investigation of traffic accidents in geriatric age group. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16 (3): 277-80.
13. Güneytepe Üİ, Akköse ŞA, Gökgez Ş, Özgüç H, Ocakoğlu G, Aktaş H. Yaşlı travma olgularında mortaliteye etki eden faktörler ve skorlama sistemleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 34(1): 15-19
14. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10 (2): 56-60.
15. Nurten Kaya, Babadağ K, Kaçar GY, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(3): 25-33.
16. Babacan AG, Şıpkın S, Gülseren K. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3(1): 13-21.
17. Uysal H, Karataş C. Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 4(2): 49-61.
18. Kurt Y, Özkan ÇG, Demirbağ BC. Bir olgu: akut miyokard infarktüsünde nanda tanıları ve nic girişimleri ile hemşirelik bakımı. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 5(3): 138-146.
19. Korkmaz GA, Emiroğlu ON. Hemşireliğin görünürlüğünü artırmak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: klinik bakım sınıflama sistemi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 212; 19(2): 69-79.

20. New JBI Levels of Evidence. http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf (Erişim Tarihi: 05.12.2018)
21. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(1): 691–1699.
22. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009; 111(6):1308–16.
23. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojika WA, Maglione M, Suttrop MJ et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328(680): 1-7.
24. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H ve ark. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 19-24.
25. Özen AT, Enç N. Kritik hastalıklarda sıvı elektrolit dengesi değişikliklerinde hemşirenin rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013; 4(5): 9-13.
26. Saltürk AG. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
27. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Ankara: 2010.
28. Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *J Adv Nurs* 2005; 42:37-46.
29. Kaya N, Kaya H. Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(1): 65-73.
30. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1: 21-25.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE ALARM YORGUNLUĞU VE YÖNETİMİ

ALARM FATIGUE IN CRITICAL CARE NURSES AND IT'S MANAGEMENT

Fatma DURSUN ERGEZEN^a, Emine KOL^b

ÖZ Yoğun bakım ünitelerinde hasta izlemi, tedavi ve ilaç yönetimi için alarm sistemleri ile çalışan çok sayıda cihaz kullanılmaktadır. Alarm sistemleri, hastanın klinik durumuyla ya da cihazla ilgili önceden belirlenmiş “normal” durumlardan sapmalara karar vererek hemşire ve hekimi uyarılmaktadır. Yoğun bakımlarda kullanılan her bir cihazın farklı alarm sistemleri ile çalışması, alarm sayısını ve çeşitliliğini artırmaktadır. Hemşireler her biri farklı alarm limitine, kategorisine ve uyarım tipine sahip cihazları yönetmek ve alarmlara müdahale etmek zorundadır. Bu makalede yoğun bakım hemşireliğinde önemli bir sorun olan alarm yorgunluğu tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Alarm yorgunluğu, alarm yönetimi, hasta güvenliği, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT A large number of devices are used designed with alarm systems for patient monitoring, treatment and drug management in intensive care units. Alarm systems alert nurses and physicians by deciding the deviations from the predetermined “normal” conditions associated with the patient's clinical condition or device. Each of the devices that function with different alarm systems increases the number and variety of alarms in intensive care units. Nurses must manage devices with different alarm limits, categories and excitation types and intervene in alarms. In this article, alarm fatigue which is an important problem for critical care nurses is discussed.

Key words: Alarm fatigue, alarm management, patient safety, intensive care units

GİRİŞ

Teknolojik tıbbi cihazlar, hastalıkların tedavisinde ve bakımın yönetiminde kullanılan temel tıbbi araç gereçlerdir. Teknolojik cihazlarının en temel fonksiyonu organ fonksiyonlarını izlemek ve desteklemektir.^{1,2} Tıbbi cihazlarda, hastanın durumu ve cihazın teknik özellikleri hakkında bilgi veren alarm sistemleri kullanılmaktadır. Alarm sistemleri, belirli eşik değerlere göre ayarlanan, normalden sapmaların olduğu durumlarda görsel ve işitsel uyarı veren bilgi sistemleri olarak tanımlanır.³ Hasta bakımında alarm sistemlerinin kullanılması, hastadan kesintisiz olarak bilgi alma ve hastaya daha geniş açıdan bakabilme olanağı sağlamaktadır.⁴ Bu makalede, alarm yorgunluğu kavramı, yoğun bakım hemşirelerinde alarm yorgunluğu nedenleri, alarm yorgunluğunu etkileyen faktörler ve çözüm önerileri tartışılmıştır.

Alarm yorgunluğu

Alarm yorgunluğu hemşirenin, ses düzeyi yüksek ve farklı alarmlara uzun süreli mazur kaldığından ortaya çıkan yorulma, duyuşal aşırı yüklenme, bıkkınlık, duymak istememe ve bir süre sonra tükenmeye paralel olarak duyarsızlaşması durumudur.⁵⁻⁹ Yanlış alarm oranının yüksekliği, kliniklere özgü alarm yönetimi protokollerinin olmaması, çok sayıda cihazın farklı ve çoğul alarm üretmesi alarm yorgunluğunun nedenleri

olarak sıralanabilir.^{6,10-12} Alarm yorgunluğu, literatürde “ağlayan kurt etkisi” ne benzetilerek, hekim ve hemşirenin alarma güvenini ve müdahalesini azaltan bir durum olarak tartışılmaktadır.¹³ Hemşireler alarm yorgunluğu sonucunda “alarmı sessize alma”, “alarmı devre dışı bırakma”, “alarm eşik değerlerini hasta için güvenli olmayan aralıklara ayarlama” ve “alarm ses düzeylerini işitilemeyecek düzeyde ayarlama” gibi yöntemlere başvurmaktadır.^{7,10} Alarm yorgunluğu, yaşamı tehdit eden durumlarda hasta ile ilgili önemli olayların gözden kaçırılmasına neden olarak hastalar için güvenli olmayan bir çevre yaratmaktadır. Literatürde alarmların etkili şekilde yönetilememesi, alarm yorgunluğu, alarmların yanlış kullanımı/arızası ve alarmların yoğun bakımın her yerinden duyulamaması nedeniyle çok sayıda hastanın yaşamının sonlandığı ya da komada olduğu bildirilmiştir.^{14,15} Tüm bu nedenlerden dolayı alarm yorgunluğu öncelik verilmesi ve çözülmesi gereken önemli bir güvenlik sorunudur.

Alarm yorgunluğunun nedenleri

Alarm yorgunluğu, hasta güvenliğini ve çalışan sağlığını tehdit eden önemli bir teknoloji tehlikesidir. Alarm yorgunluğunun yaşanmasının temelinde alarm sistemlerinde ayırt ediciliğin düşük olması ve alarmların etkili şekilde yönetilmemesi yer almaktadır.^{5,7,12,16}

Seçiciliğin düşük olması, gerçekte var olan bir problemin tespitini zorlaştırmakta, yanı sıra hastanın fizyolojik parametreleri ile ilgili olmayan ve herhangi bir eylem gerektirmeyen “boş/yanlış” alarmların oluşmasına neden olmaktadır.^{13,17-21} Özellikle kritik durumdaki hastaların takibinde, çok sayıda fizyolojik parametre farklı cihazlarla izlenmektedir. Hasta bakımında kullanılan her cihazın farklı alarm sistemleri ile çalışması, alarm sayısını ve çeşitliliğini artırmaktadır.^{13,18-20} Hemşireler, her biri farklı alarm eşik değerine, kategorisine ve uyarım tipine sahip cihazları yönetmek ve alarmlara müdahale etmek zorundadır. Bu durumda hemşireler çok sayıda alarma maruz kalmaktan dolayı alarm yorgunluğu yaşamaktadırlar.^{6,10-12} Konu ile ilgili yapılan literatür incelemesinde alarm yorgunluğunun nedenleri 4 temada ele alınmıştır.^{8,10,20,22-30}

- Boş/yanlış alarm oranının yüksekliği
- Gürültü
- Sağlık ekibi ile ilgili faktörler
- Kurumsal faktörler

Boş/yanlış alarm oranının yüksekliği

Boş/yanlış alarm, hastanın klinik durumu ile ilgili ya da cihazdan kaynaklı teknik arıza gibi gerçek problemin olmadığı durumlarda meydana gelen alarmlardır.³¹ Boş/yanlış alarmlar, hemşirelerin alarm yorgunluğu yaşamalarına neden olan en önemli etken olarak bildirilmektedir.^{8,9} Yoğun bakım ünitelerinde alarm sıklığını inceleyen araştırmalarda, yanlış alarm oranının %40-95 olduğu belirlenmiştir.^{17,19,32,33} Yapılan araştırmalarda hemşireler, yanlış alarm oranı arttıkça alarma müdahale etme durumlarının azaldığını ve alarma müdahale etmek için hasta yanına geliş sürelerinin uzadığını vurgulamaktadırlar.^{9,34} Hemşirelerin klinik alarmlar ile ilgili deneyimlerini inceleyen nitel bir araştırmada hemşirelerden biri; “...monitörler duyarlı cihazlar. Hastanın en ufak hareketi alarma neden oluyor. Hareketten dolayı oluşan bu alarmlar gerçek alarmlara müdahale oranını azaltıyor” ifadesi ile yanlış alarm oranının yüksekliğinin olumsuz etkisini ifade etmiştir.⁹ Sağlık ekibinin alarmlara karşı tutumlarını ve müdahalelerini inceleyen araştırmalarda; sağlık ekibi yanlış alarm sayısının fazla olmasının “hasta bakımını böldüğünü”, “sağlık ekibinin dikkatini dağıttığını” ve “alarm müdahale edilme oranını azalttığını” belirtmişlerdir.^{35,36}

Yoğun bakım ünitelerinde boş/yanlış alarm sayısını artıran en önemli iki etken; “alarm eşik değerlerinin hastaya göre bireyselleştirilmemesi” ve “temas/iletim sorunu”dur.^{13,17-21,33,37} Alarm eşik değerlerinin dar aralıklarda ayarlanması alarm sayısında ve çeşitliliğinde artışa, aralığın geniş ayarlanması hastadaki önemli değişkenlerin gözden kaçırılmasına neden olmaktadır.^{5,7,16} Avusturalya’da yoğun bakım hemşirelerin alarm yönetimi ve alarm ayarlarına yönelik görüşlerini inceleyen nitel bir araştırmada; hemşireler yanlış alarmların en önemli nedeninin alarm eşik değerlerinin uygun şekilde ayarlanmaması olduğunu belirtirken alarm ayarlarının yapılmasının hemşirenin sorumluluğu olduğunu ifade etmişlerdir.³⁷ Yoğun bakım ünitelerinde yapılan araştırmalarda, alarmların çoğunlukla (%40) ‘hastanın hareketi’, ‘sağlık ekibinin müdahalesi’, ‘bağlantı hatası’ nedeniyle olduğu ve temas/iletim sorunlarından kaynaklandığı belirlenmiştir.^{13,17-21,33} Yanlış alarm oranını artıran tüm bu etkenler alarma müdahale etme durumunu etkilemektedir. Literatürde hemşirelerin alarmlara müdahale etme oranının %30-50’lerde olması sorunun çok önemli bir boyutta olduğunu göstermektedir.^{8,20,22,23} Üstelik yapılan araştırmalarda hemşirelerin sıklıkla “alarmı sessize alma” yöntemini uygulamakta oldukları bildirilmektedir.^{8,20,37} Bu durum hemşirenin alarm yorgunluğu yaşadığını gösteren önemli ipuçlarından biridir.

Gürültü

Gürültü, “tınısı olmayan, istenmeyen, hoş gitmeyen” ses olarak tanımlanır.²⁵ Yoğun bakım üniteleri, sağlık personellerinin konuşmaları, teknolojik cihazlar, alarmların sesleri ve operasyonel diğer nedenlerden dolayı gürültülü ortamlardır.^{24,26,27} Berglund, Lindvall ve Schwela’nın (1999) aktardığına göre, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastanelerde gece ses düzeyinin 40 dB(A), hasta odalarındaki ses düzeyinin 35 dB(A)’den fazla olmaması gerektiğini belirtmiştir.³⁸ Oysa yoğun bakım ünitelerinde yapılan araştırmalarda gürültü düzeyinin DSÖ’nün önerdiği standartların oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. Aynı araştırmalarda yoğun bakım ünitelerinde gürültüye neden olan en önemli etkenin alarm sistemleri olduğu vurgulanmaktadır.²⁴⁻²⁶ Araştırmalarda, alarm sistemlerinden kaynaklı gürültünün en düşük 45 dB(A), en yüksek 120

dB(A) gürültüye neden olduğu tespit edilmiştir.²⁴⁻²⁷

Hemşireler gürültülü bir ortamda, birbirinden farklı çok sayıda alarm sesini ayırt etmek zorunda kalmaktadır. Sürekli olarak gürültülü bir ortamda, alarm sesleri baskılanarak alarmların işitilebilirliği ve ayırt edilebilirliği azaltmaktadır.^{5,16} Üstelik insanın işitsel uyarıları tanımlama düzeyinin oldukça sınırlı olması alarmların tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde sağlık çalışanlarının alarm seslerini ayırt edebilme düzeylerini araştıran bir çalışmada, sağlık çalışanlarının kritik alarmların yalnızca %50'sini doğru şekilde tanımlayabildiği belirlenmiştir.³⁹ Hemşireler, alarm seslerini belirli bir süreden sonra ortam gürültüsü gibi algılamakta ve normalleştirmektedir.⁴⁰ Oysaki alarm sistemleri hastanın fizyolojik durumundaki değişimlere dikkat çekmek ve herhangi bir aktiviteyi durdurmak üzere tasarlanmıştır.^{3,12} Alarm seslerinin normal olarak algılanması nedeniyle önemli ipuçlarının gözden kaçması ve hataların meydana gelmesi kaçınılmaz bir durumdur.¹⁴⁻¹⁶ Nitekim konu ile ilgili yapılan bir çalışmada alarm seslerini işitme derecesi azaldığında, alarma müdahale etme oranının da önemli derecede azaldığı belirlenmiştir.⁴¹

Sağlık personeli ile ilgili faktörler

Hemşirelerin alarm yorgunluğu yaşamasına katkıda bulunan faktörler arasında, personel sayısı ve hemşirenin klinik deneyimi de yer almaktadır. Hemşirelerin alarm yorgunluğunu, hasta bakımında deneyimli olmayan hemşirelerle çalışmanın etkilediği bildirilmektedir.^{5,15,16} Literatürde klinik deneyimi yetersiz olan hemşirelerin, teknolojik cihazların ürettiği verileri yorumlama becerilerinin kısıtlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin cihazları etkin yönetemedikleri için hastaya zarar vermektense korktukları ve stres yaşadıkları ifade edilmektedir.^{1,42-45} Yoğun bakım hemşirelerinin alarma müdahalesini etkileyen durumları inceleyen nitel bir çalışmada, hemşireler klinik deneyimin alarmların aciliyetini ayırt etmeyi etkilediğini ve deneyimsiz hemşirelerin sürekli çalan alarmlardan dolayı her durumu acil gibi algıladıklarını ve hasta bakımına yeterince odaklanamadıklarını ifade etmişlerdir.⁴⁶ Bu durum, belirli bir süreden sonra hemşirenin bilişsel iş yükünün arttırarak tükenmişliğe neden olmaktadır. Hemşirelerin alarm yorgunluğunu arttıran diğer önemli neden

ise personel sayısının yetersizliğidir. Personel yetersizliği alarma müdahale oranını azaltmakta ve müdahale için hasta yanına geliş süresinin uzamasına neden olmaktadır.⁹ Personel yetersizliği ve acemi hemşirelerle çalışma, deneyimli yoğun bakım hemşiresinde alarm yorgunluğu için bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

Kurumsal faktörler

Hemşirelerin alarm yorgunluğu yaşamasındaki en temel sorun kliniklere ve kurumlara özgü alarm yönetimi protokollerinin bulunmamasıdır.^{5,15,16} Yoğun bakım ünitelerinde alarm yönetimini geliştirmek ve alarm yorgunluğunu azaltmaya yönelik yapılan çalışmalarda çoğunlukla, “sağlık ekibinin eğitimi”, “elektrokardiyografi (EKG) elektrotlarının günlük değişimi”, “alarm limitlerinin değiştirilmesi”, “alarmı erteleme süresinin uzatılması” müdahaleleri uygulanmıştır.^{10,29} Tüm bu müdahalelerin yapılması sağlık ekibini yönlendirecek ilkelerin, kliniğe ve kuruma özgü alarm protokollerinin olmadığını göstermektedir. Nitekim hasta güvenliği ve akreditasyonla ilgilenen kurumların en dikkat çeken önerileri;

- Her kliniğe özgü alarm yönetim programı oluşturulması,
- Kliniklere özgü alarm bildirim ve müdahale programlarının oluşturulması,
- Kliniklere özgü alarm eşik değerlerinin ve öncelik seviyelerinin belirlenmesi,
- Sağlık ekibinin düzenli aralıklarla eğitilmesi,
- Alarm yönetime yönelik oluşturulan protokollerin uygulanma durumunun haftalık toplantılarla planlanmasıdır.^{5,7,15,47} Kurumların yaptığı bu öneriler belirtilen alanlarda önemli eksikliklerin olduğuna dikkat çekmektedir.

Alarm yorgunluğunun yönetimi

Alarm yorgunluğunu azaltmak amacıyla yapılan girişimler, daha çok yanlış alarm sayısını azaltmaya yöneliktir. Alarm eşik değerlerinin değiştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda alarm oranlarının önemli oranda azaldığı belirlenmiştir.^{28,29} Cihaz ayarlarına bağlı gerçekleşen alarmları azaltmak amacıyla bradikardi, taşikardi ve kalp hızı alarm eşik değerlerinin değiştirildiği bir çalışmada, toplam alarm sayısının %89 azaldığı belirlenmiştir.²⁸ Oksijen satürasyonu alarmlarını farklı eşik

değerlerde ve farklı erteleme sürelerinde inceleyen bir araştırmada; alarmları 5 saniyeden 15 saniyeye ertelemenin alarm oranını %70, alarm limitini 90'dan 88'e düşürmenin ise %45 azalttığı tespit edilmiştir.²⁹ Alarm ayarlarının hastanın durumuna göre ayarlanması ve hastayı kapsamlı değerlendirmeye yönelik yapılan bir diğer müdahale çalışmasında, alarm oranının %43 azaldığı belirlenmiştir.¹⁰ Yanlış alarm oranını artıran en önemli nedenlerin başında gelen temas ve iletim sorununu çözmeye yönelik yapılan araştırmalarda da alarm sayısını azaltmada başarı oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.^{30,48} EKG alarmlarını azaltmak amacıyla "alarm ayarlarının değiştirilmesi", "EKG elektrotlarının günlük değişimi" ve "uygun cilt bakımı" uygulamalarının yapıldığı müdahaleli bir araştırmada günlük alarm sayısı 28.5'ten 3.29'a düştüğü belirlenmiştir.³⁰ Temas ve iletim sorunu nedeniyle oluşan aritmi alarmlarını azaltmak amacıyla "EKG elektrotlarının günlük değişimi" ve "derinin uygun şekilde hazırlanması" ile gerçekleştirilen bir araştırmada alarm sayısı %46 azalmıştır.⁴⁸ Alarm yorgunluğunu azaltmaya yönelik önerilen diğer strateji sağlık ekibinin alarm yönetimi konusunda eğitilmesidir. Hastaların kardiyak monitörizasyon gereksiniminin hekim, hemşire, mühendislerden oluşan bir komisyon tarafından belirlendiği ve kliniğe özgü standartların oluşturulduğu bir araştırmada, sağlık ekibi yapılan değişiklikler konusunda eğitilmiştir ve araştırma sonucunda yanlış alarm oranının %18'den %9'a düştüğü tespit edilmiştir.⁴⁹

SONUÇ

Alarm yorgunluğu, hasta güvenliğini, hasta ve sağlık ekibinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir teknoloji tehlikesidir. Alarm sistemlerini bakımın bir parçası olarak etkili şekilde kullanan hemşireler, öncelikli olarak klinik oryantasyon sürecinde alarm sistemlerinin kullanımı ve olası riskleri konusunda eğitilmelidir. Ülkemizde hemşirelerin ve diğer sağlık ekibinin yaşadığı alarm yorgunluğu düzeyi belirlenerek kliniğe ve kuruma uygun stratejiler geliştirilmelidir. Alarm yorgunluğu sorunu ancak geniş bir çerçeveden bakılarak çözülebilir. Bu doğrultuda uygulanan stratejiler ile hasta güvenliği artırılırken olumsuz hasta sonuçları azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Kiekkas P, Karga M, Pouloupoulou M, Karpouhtsi I, Papadoulas V, Koutsojannis C. Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *J Clin Nurs* 2006;15(2):178-187.
2. Alastalo M, Salminen L, Lakanmaa RL, Leino-Kilpi H. Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2017;42:80-87.
3. Imhoff M, Kuhls S. Alarm algorithms in critical care monitoring. *Anesth Analg* 2006;102(5):1525-1537.
4. Emergency Care Research Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2014. *Health Devices* 2013;42(11):1-13. Erişim Tarihi: 17.09.2018 https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2014_Top_10_Hazards_Executive_Brief.pdf
5. Emergency Care Research Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2012. *Health Devices* 2011;40(11):1-16. Erişim Tarihi: 17.09.2018 <http://www.marylandpatientsafety.org/html/education/2012/handouts/documents/Top%2010%20Technology%20Hazards%20for%202012%20Article.pdf>
6. Cvach M. Monitor alarm fatigue: an integrative review. *Biomed Instrum Technol* 2012;46(4):268-277.
7. Emergency Care Research Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2013. *Health Devices* 2012;41(11),1-23. Erişim Tarihi: 17.09.2018 https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2013_Health_Devices_Top_10_Hazards.pdf
8. Varpio L, Kuziemy C, Macdonald C, King WJ. The helpful or hindering effects of in-hospital patient monitor alarms on nurses: a qualitative analysis. *Comput Inform Nurs* 2012;30(4):210-217.
9. Honan L, Funk M, Maynard M, Fahs D, Clark JT, David Y. Nurses' perspectives

- on clinical alarms. *Am J Crit Care* 2015;24(5):387-395.
10. Graham KC, Cvach M. Monitor alarm fatigue: standardizing use of physiological monitors and decreasing nuisance alarms. *Am J Crit Care* 2010;19(1):28-34.
 11. Sendelbach S, Funk M. Alarm fatigue: a patient safety concern. *AACN Adv Crit Care* 2013;24(4):378-386.
 12. Ruskin KJ, Hueske-Kraus D. Alarm fatigue: impacts on patient safety. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015;28(6):685-690.
 13. Tsien CL, Fackler JC. Poor prognosis for existing monitors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1997;25(4):614-619.
 14. The Joint Commission. Preventing ventilator-related deaths and injuries. 2002;25:1-3. Erişim Tarihi: 17.09.2018 https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_25_preventing_ventilator-related_deaths_and_injuries/
 15. The Joint Commission. Sentinel Event Alert. 2013;50. Erişim Tarihi: 17.09.2018 https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF
 16. Lacker C. Physiologic alarm management. *Pennsylvania Patient Safety Advisory* 2011;8(3):105-8.
 17. O' Carroll TM. Survey of alarms in an intensive therapy unit. *Anaesthesia* 1986;41(7):742-744.
 18. Chambrin MC, Ravoux P, Calvelo-Aros D, Jaborska A, Chopin C, Boniface B. Multicentric study of monitoring alarms in the adult intensive care unit (ICU): a descriptive analysis. *Intensive Care Med* 1999;25(12):1360-1366.
 19. Siebig S, Kuhls S, Imhoff M, Langgartner J, Reng M, Schölmerich J, ... & Wrede CE. Collection of annotated data in a clinical validation study for alarm algorithms in intensive care—a methodologic framework. *J Crit Care* 2010;25(1):128-135.
 20. Gazarian PK. Nurses' response to frequency and types of electrocardiography alarms in a non-critical care setting: a descriptive study. *Int J Nurs Stud* 2014;51(2):190-197.
 21. van Pul C, vd Mortel HPME, vd Bogaart JJJ, Mohns T, Andriessen P. Safe patient monitoring is challenging but still feasible in a neonatal intensive care unit with single family rooms. *Acta Paediatr* 2015;104(6):e247-e254.
 22. Görges M, Markewitz BA, Westenskow DR. Improving alarm performance in the medical intensive care unit using delays and clinical context. *Anesth Analg* 2009;108(5):1546-1552.
 23. Bridi AC, Silva RCLD, Farias CCPD, Franco AS, Santos VDLQD. Reaction time of a health care team to monitoring alarms in the intensive care unit: implications for the safety of seriously ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva* 2014;26(1):28-35.
 24. Akansel N, Kaymakçı Ş. Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *J Clin Nurs* 2008;17(12):1581-1590.
 25. Johansson L, Bergbom I, Wayne KP, Ryherd E, Lindahl B. The sound environment in an ICU patient room—a content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2012;28(5):269-279.
 26. Kol E, İlaslan E, İnce S. Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2015;13(3):122.
 27. Hu RF, Hegadoren KM, Wang XY, Jiang XY. An investigation of light and sound levels on intensive care units in China. *Aust Crit Care* 2016;29(2):62-67.
 28. Whalen DA, Covelle PM, Piepenbrink JC, Villanova KL, Cuneo CL, Awtry EH. Novel approach to cardiac alarm management on telemetry units. *J Cardiovasc Nurs* 2014;29(5):E13-E22.
 29. Welch J. An evidence-based approach to reduce nuisance alarms and alarm fatigue. *Biomed Instrum Technol* 2011;45(s1):46-52.

30. Sendelbach S, Wahl S, Anthony A, Shotts P. Stop the noise: a quality improvement project to decrease electrocardiographic nuisance alarms. *Crit Care Nurse* 2015;35(4):15-22.
31. Lukasewicz CL, Mattox EA. Understanding clinical alarm safety. *Crit Care Nurse* 2015;35(4):45-57.
32. Lawless ST. Crying wolf: false alarms in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med* 1994;22(6):981-985.
33. Siebig S, Kuhls S, Imhoff M, Gather U, Schölmerich J, Wrede CE. Intensive care unit alarms—how many do we need?. *Crit Care Med* 2010;38(2):451-456.
34. Bonafide CP, Lin R, Zander M, Graham CS, Paine CW, Rock W, ... & Localio AR. Association between exposure to nonactionable physiologic monitor alarms and response time in a children's hospital. *J Hosp Med* 2015;10(6):345-351.
35. Korniewicz DM, Clark T, David Y. A national online survey on the effectiveness of clinical alarms. *Am J Crit Care* 2008;17(1):36-41.
36. Funk M, Clark JT, Bauld TJ, Ott JC, Coss P. Attitudes and practices related to clinical alarms. *Am J Crit Care* 2014;23(3):e9-e18.
37. Christensen M, Dodds A, Sauer J, Watts N. Alarm setting for the critically ill patient: a descriptive pilot survey of nurses' perceptions of current practice in an Australian regional critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30(4):204-210.
38. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. Guidelines for community noise. In *Guidelines for Community Noise OMS* 1999;1-160.
39. Cropp AJ, Woods LA, Raney D, Bredle DL. Name that tone: the proliferation of alarms in the intensive care unit. *Chest* 1994;105(4):1217-1220.
40. Drew BJ, Harris P, Zègre-Hemsey JK, Mammone T, Schindler D, Salas-Boni R, ... & Hu X. Insights into the problem of alarm fatigue with physiologic monitor devices: a comprehensive observational study of consecutive intensive care unit patients. *PLoS One* 2014;9(10):e110274.
41. Sobieraj J, Ortega C, West I, Voepel L, Battle S, Robinson D. Audibility of patient clinical alarms to hospital nursing personnel. *Mil Med* 2006;171(4):306-310.
42. Alasad J. Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *Int J Nurs Stud* 2002;39(4):407-413.
43. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(2):130-136.
44. Kongsuwan W, Locsin RC. Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(2):102-110.
45. Tunlind A, Granström J, Engström Å. Nursing care in a high-technological environment: experiences of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2015;31(2):116-123.
46. Despins LA. Factors influencing when intensive care unit nurses go to the bedside to investigate patient related alarms: A descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2017;43:101-107.
47. American Association of Critical Care Nurses. AACN Practice Alert: Alarm Management. 2013. Erişim Tarihi: 17.09.2018
<https://www.altru.org/app/files/public/12560/Soltis3.pdf>
48. Cvach MM, Biggs M, Rothwell KJ, Charles-Hudson C. Daily electrode change and effect on cardiac monitor alarms: an evidence-based practice approach. *J Nurs Care Qual* 2012;28(3):265-271.
49. Rayo MF, Mansfield J, Eiferman D, Mignery T, White S, Moffatt-Bruce SD.

Implementing an institution-wide quality improvement policy to ensure appropriate use of continuous cardiac monitoring: a mixed-methods Retrospective data analysis and direct observation study. *BMJ Qual Saf* 2015;0:1-8.

YOĞUN BAKIM HASTASININ VE AİLESİNİN ONURUNA SAYGI VE MAHREMİYET

RESPECT AND PRIVACY ON DIGNITY OF INTENSIVE CARE PATIENT AND FAMILY

Sevinç MERSİN^a, Burcu BAYRAK KAHRAMAN^a

ÖZ Hastanelerde yoğun bakım üniteleri, hayati riski bulunan bireylere olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla çok sayıda yaşam kurtarıcı girişimin yapıldığı, pek çok teknolojik araç gerecin bulunduğu ve disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bölümlerdir. Yoğun bakım üniteleri, üstün özelliklerine karşın uygulanan tedavi ve bakım girişimlerine bağlı olarak hasta ve ailesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok zorluğu da içerir. Bu nedenle bu üniteye hastalara ve ailelerine saygı gösterilmesi, onurlarının ve mahremiyetlerinin korunması gerekli ve önemlidir. Bu makale, yoğun bakım hastaları ve aileleri için saygı, onur ve mahremiyet kavramlarının önemini vurgulamayı amaçlayan literatür derlemesidir.

Anahtar kelimeler: Mahremiyet, onur, saygı, yoğun bakım

ABSTRACT Intensive care units in hospitals which are many life-saving interventions are made to provide the best possible benefit to the individuals at risk and there are many technological tools and an interdisciplinary team approach is necessary. Intensive care units, despite their superior features, include many physiological, psychological and social difficulties for the patient and families due to the treatment and care procedures. For this reason, it is necessary and important to respect the patients and their families in intensive care unit and to protect their dignity and privacy. This is a review of the literature, which aims to emphasize the importance of respect, dignity and privacy for intensive care patients and their families.

Key words: Privacy, dignity, respect, intensive care

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, bazı acil tıbbi durumlar ve cerrahi sonrası hastaların sağlığını tedavi etmek ve gözlem altında tutmak amacıyla tasarlanmıştır.¹ Yoğun bakım tedavisinin amacı, hastanın tek bir organıyla ilgili sorunlarda veya çoklu organ yetmezliğinde hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla kollebratif ve koordineli bakımın verilmesidir.^{1,2} Özellikle travma sonrası ve post-operatif dönemde nörolojik fonksiyonların izlenmesi, doku hipoksisinin, bilinç değişikliklerinin, organ fonksiyonlarının, yakından takip edilerek, hastanın yaşamda kalma şansını arttırmasından dolayı,² yoğun bakım üniteleri sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez unsurlarıdır. Yoğun bakım ünitelerinin belirtilen bu önemine karşın burada uygulanan tedavi ve bakımın hasta ve ailesi için birçok zorlukları söz konusudur. Bu zorluklar, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır.³⁻⁶ Phelan ve arkadaşları, yoğun bakım hastalarının uzamış yatak istirahati, sedasyon, hareketsizlik, kasların hacmini yitirmesi, depresyon, deliryum, yaşam kalitesinin düşmesi, öz bakım yetersizliği, ölüm korkusu

gibi farklı deneyimler yaşadıklarını bildirmişlerdir.⁴ Altman ve arkadaşları, yoğun bakım hastalarının uyku durumlarındaki değişikliklere dikkat çekmişlerdir. Onlar, özellikle uyku süresinin, hızlı göz hareketleri döneminin ve günlük uyku süresinin kısaldığını belirtmişlerdir.⁶ Park ve arkadaşları yoğun bakım hastalarının yaşadığı ağrı ile anksiyete arasındaki ilişkiyi ortaya koymuşlardır.³ Yoğun bakım hastalarının yaşadığı bu sorunların yanı sıra hasta yakınlarının da yaşadıkları sorunlar literatürde pek çok çalışmada değerlendirilmiştir.^{5,7,8,9} Chang ve arkadaşları, yoğun bakımda hastanın ailesinin stres durumlarını ve bunu etkileyen psikolojik faktörleri ortaya koymuş ve hasta yakınlarının travmatik tecrübeler yaşadıklarını, onların fiziksel, duygusal zorlukların yanında hasta ile ilgili konularda karar verme zorunluluğunun güçlüklerini belirtmişlerdir.⁵ Day ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta yakınlarının uyku bozuklukları, yorgunluk ve anksiyete yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰ Alheim ve arkadaşları tarafından da yoğun bakım hasta ailelerinin yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri yaşadıkları

Geliş Tarihi/Received:14.11.2018; Kabul Tarihi/Accepted:13.04.2019

^aDr. Öğr. Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, BİLECİK

Yazışma Adresi/Correspondence: Sevinç MERSİN

E-posta: sevinc.mersin@bilecik.edu.tr

belirlenmiştir.⁷ Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve ailesinin yaşadıkları birçok zorlukta, hem fiziksel hem de psikososyal bakım verilmesi sürecinde onların onur duygularının yüceltilerek, saygı ve mahremiyetlerine özen gösterilmesinin yaşanan fizyolojik, psikolojik ve sosyal zorluklarla baş etmeyi kolaylaştıracağından,^{11,12} bu çalışmada yoğun bakım hastaları ve aileleri için, saygı, onur, mahremiyet kavramları açıklanmaya çalışılmıştır.

HASTA VE AİLEYE SAYGI

Türk Dil Kurumu'na göre “saygı; değeri, üstünlüğü, yaşlılığı, yararlılığı, kutsallığı dolayısıyla bir kimseye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya sebep olan sevgi duygusu, hürmet, ihtiram” olarak tanımlanmıştır.¹³ Hasta bakımında ise insana saygı göstermek etik ilkelerden biridir.¹⁴ Hasta otonomisine ve dolayısıyla hastanın hastalıkla ilgili tedavi kararlarına saygı duyulmasını içerir.¹⁵ Geleneksel tıpta paternalist yaklaşım söz konusu iken insan haklarındaki gelişmeler ve bireysel hakların kanunlarla koruma altına alınması sonucu günümüzde hastanın otonomisi önemli bir hasta hakkı olarak kabul edilmektedir.^{14,15} Otonomi, etik açıdan kesin olarak objektif veya rasyonel kararlar verebilme kapasitesidir.¹⁵ İnsan, akıl sahibi olması nedeniyle karar verme ve bir yargıya varabilme yeteneğine sahip olduğu için duyguları, tutumları ve istekleri ile harekete geçme hakkı ve yeteneği vardır. İnsanlar, otonomiye sahip oldukları için özerktirler ve özerk irade de saygıyı hak eden nesne olarak anlamlandırılabilir.¹⁴ Yoğun bakımda hastalar hastalıkları, entübasyon gibi tedavi girişimleri, ilaçlar vb nedenlerle konuşamamaktadır veya bilinçleri açık olmadığı durumlarda kavrama ve karar verme yeteneğine sahip değildirler. Karar verme yeteneğine sahip olmayan hasta hakkında hastayla ilgili kararlarda hasta vekillerinin kararları önemli olmaktadır.¹⁶ Hastanın kendisi ile ilgili kararları almada yetersiz kaldığı ya da artık bu kararı vermekten aciz durumda olduğu hallerde onun yerine vekâleten karar verirken alınan kararın, hastanın iradesi yerindeyken verebileceği özgün kararlarına mümkün olduğunca yakın olması ya da hasta hakkındaki kararın onun üstün yararı gözetilerek alınmış olması önemlidir. Bu kuralların genellikle ulusal düzeyde, ülkelerin iç hukukunda yasal olarak düzenlendiği görülmektedir.¹⁷ Ülkemizde de,

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesinde yer alan “Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır”, “Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir” ifadeleri ile bu konudaki uygulama düzenleme altına alınmıştır.¹⁸

Yoğun bakım ünitelerindeki hasta bakımı ve tedavinin amacı, her ne olursa olsun yaşatmaya odaklanmış olsa da mortalite sıklığı %10.8-19.1'dir.¹⁹ Sağlık profesyonellerinin amacı yaşarken ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin bakımını sağlamaktır. Fakat ölüm olgusu karmaşık ve değişken bir durum olduğu için birçok bileşenin aynı anda değerlendirilmesi gereklidir. Özellikle mortalite oranının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde, ölüm sürecine yönelik sağlık profesyonellerinin, hasta ve ailesinin ölüme ilişkin duygu, düşünce ve tutumlarına saygı gösterilmesi bakımın kalitesini yükselterek, yalnızlık duygusunun azalmasını sağlayacaktır.¹⁹⁻²¹

Literatürde acı çekme, ızdırap yaşama, umutsuzluk duygusunun yoğun olarak yaşandığı yoğun bakım hastalarıyla ilgili ötenazi kavramı da tartışılmaktadır.²²⁻²⁵ Ötenazi, hastanın ölümüne neden olma niyetiyle ilaç veya diğer müdahaleleri uygulamak için bilinçli bir eylem olarak tanımlanabilir.²⁵ Bir başka tanıma göre ise ötenazi ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilme imkanı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesidir.²⁴ Bu noktada yoğun bakım ünitelerinde yaşam desteğinin kısıtlanması (withholding) ya da yaşam desteğinin sonlandırılması (withdrawing) kavramları ön plana çıkmaktadır. Yaşam desteğinin kısıtlanması (withholding) uygulamasına ileri derecede kronik obstrüktif akciğer rahatsızlığı olan

hastaya, mekanik ventilasyon uygulanmaması, yaşam desteğinin sonlandırılmasına (withdrawing) ise beyin ölümü gelişen bir hastada mekanik ventilasyon uygulamasının durdurulması örnek verilebilir.²⁴ Bu kavramlar yoğun bakım ünitelerinde uygulamalarının sık sık tartışıldığı kavramlardır.²⁵ Her iki durumda da tedavilerin kısıtlanması ya da sonlandırılması sonrası hastanın öleceği beklentisi ortaya çıkmaktadır.²⁴ Her ne kadar hasta ve ailesinin kararına saygı gibi değerlendirilmekle birlikte, içinde yaşanılan toplumun kültürel ve sosyal özellikleriyle yasal düzenlemelerin dikkate alınarak hasta bakımının sağlanması gerekmektedir. Ülkemizde 2010 yılında yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %58.4'ünün Türkiye'de ötenazinin yasallaşmasını desteklemediği,²⁶ benzer bir başka çalışmada ise, yoğun bakım hemşirelerinin %46.4'ünün kendisi, %72.2'sinin de yakınları için ötenazi uygulamasını istemediği belirlenmiştir.²⁷ Hekimlerin ötenazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hekimlerin %30.8'i ülkemizde ötenazinin yapılabilmesi için yasal bir düzenleme yapılması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.²⁸ Fakat ülkemizde bu konudaki yasal düzenlemeler kapsamında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesine göre ötenazi yasaktır. Bu maddede "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez" ifadesi yer almaktadır.¹⁸

YOĞUN BAKIMDA ONUR KAVRAMI

Onur; gizlilik, kontrol, savunuculuk, mizah ve doğruluk gibi kavramın temellerini oluşturur ve saygı duymak ile onurun korunması birlikte kullanılan kavramlardır.²⁹ Sağlık bakımında ise onurun korunması etik bir kavramdır. Sağlık etiği ve insan hakları, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde insan onurunun korunmasını ve yüceltilmesini önerir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Deklarasyonu, her insanın eşit haklara sahip olarak dünyaya geldiğini belirtmesi ile her bireyin onurunun korunması ve yükseltilmesi sağlık bakımını etkilemiştir.³⁰ Sağlık alanındaki gelişmelere rağmen yoğun bakım ünitelerinde nazokomiyal enfeksiyonlara bağlı uzayan tedavi ve bakımlar nedeniyle mükemmele ulaşmak mümkün olmamaktadır.^{4,6} Yoğun bakım hastaları uzun süre yatağa bağımlı kalmaları nedeniyle kas

atrofileri, güçsüzlük, kısıtlılık ve ağrı gibi semptomlar hissedebilirler.^{4,31,32} Tüm bunlara ek olarak, bu ünitelerde ölüm ve ölüme ilişkin farkındalıklarında artma gözlemlenir.^{21,33} Bunlar, hasta birey ve ailesi tarafından "Yaşam nedir? Anlamı nedir?" gibi pek çok sorunun da sorgulanmasına yol açar.^{34,35} Yoğun bakımda hasta ve aile bireylerinin yaşadıkları, onların yaşamı ve Tanrı'yı anlamaya çalışma çabası olabilir. İnsan haysiyeti ve onurunun korunması bireyin insana ait epistemolojik yönünün ortaya çıkarılmasını sağlar. İşte, ölüm ve yaşam arasında çoğu zaman ince bir çizginin bulunduğu yoğun bakım sürecinde, hasta ve ailesinin bu karmaşık duygularının anlaşılmasına çalışılması, onların haklarının savunulması, hasta için verilen kararlarda aile bireylerinin görüşlerinin önemsenmesi, hastanın tepkilerinin kararlarda etkinliğinin artırılması gibi faktörler hasta ve ailesinin haysiyet ve onurunu yüceltir.^{21,33,35,36} Turnock ve Kelleher, yoğun bakım hastalarının onurlarının sürdürülmesi ile ilgili yaptıkları incelemelerinde, yoğun bakım hastalarının onurlarını sürdürme duygularının düşük olduğunu bildirmişlerdir.³⁷ Onlar, hasta onurunun sürdürülmesinde, hemşireler için protokol oluşturmuşlardır. Bu protokole göre; (i) hemşirelerin hastalara bireysel bakım uygularken daha dikkatli olmaları (ii) hasta yatak alanlarının kapsamlı bir şekilde hazırlanması ve gereksiz ekipmanların kaldırılması (iii) hastanın özel alanına girilmeden önce izin alınması (iv) hasta ve onun çevresinin mahremiyetinin ve onurunun korunması durumunun değerlendirilmesi (v) hasta muayenesi ve işlemleri esnasında mahremiyetin korunması ve bunların hemşirelik formlarına kaydedilmesi önerilmiştir.³⁷

YOĞUN BAKIMDA MAHREMİYET VE ÖNEMİ

Yoğun bakım ünitelerinin, hastalar üzerinde farklı etkileri belirlenmiştir.^{4,6,7,19,32} Bu etkiler, hastalarda ağrı kontrolünün kolaylaşması, güvende hissetme, yara iyileşmesinin artması gibi olumlu olabileceği gibi^{1,4} invaziv girişimler, aile yoksunluğu, hareket kısıtlılığı, ağrı, mekanik ventilasyon ihtiyacı, gürültü, bellek bozuklukları, uyku kesintileri, farklı insanlar ve mahremiyet eksikliği gibi faktörler nedeniyle olumsuz da olabilir.^{1,9} İnsanlık onurunu korumak ve kişilerarası ilişkileri doğru yönetebilmek için mahremiyet gerekli

ve önemlidir. Yıllardır toplum bilimciler mahremiyeti tanımlamak ve sınırlarını çizmek için uğraş vermiş olmalarına rağmen her çağın kendine özgü mahremiyet algısı olduğu bilinmektedir. Mahremiyet, genel olarak bireylerin yalnız başına kaldıklarında istediklerini düşündükleri, istedikleri şekilde davranabildikleri ve diğerleriyle nasıl ilişki kuracaklarına kendilerinin karar verdikleri bir alan ve haktır. Yani birey diğerleriyle olan ilişkisinde özel bir alana sahiptir.³⁸

Yapılan çalışmalarda mahremiyet hasta hakkı olarak belirtilmektedir.^{39,40} Ülkemizde de, hasta mahremiyeti yönetmeliklerle düzenlenmiş olup, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. maddesinde yer alan ve mahremiyetin korunmasına yönelik ifadeler şu şekildedir; "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı; a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini, b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini, c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini, f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır."¹⁸ Ayrıca yoğun bakım personeli tarafından hasta mahremiyetinin korunması yasal ve ahlaki bir sorumluluktur.⁴¹ Yoğun bakım hastalarının genellikle bilinçsiz olmaları, mekanik ventilatöre bağlı olmaları nedeniyle uzun süreli uyutulmaları, çevrelerinden habersiz olmaları gibi zorluklar nedeniyle mahremiyet sınırlarını oluşturabilme ve buna karar verme yeteneğine sahip değildirler. Dolayısıyla yoğun bakım ünitesindeki hastanın, bakım ve tedavisi sürecinde sadece mahremiyetini korumak, ona saygı göstermek

ve onurunu korumak tüm sağlık profesyonellerinin görevidir.^{20,34,41} Hintistan ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında, yoğun bakım deneyimi olan hastaların çevrelerinin farkında olduklarını belirledikleri bildirilmiştir. Onlar, özellikle yoğun bakıma ilişkin kötü deneyime sahip hastaların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir.⁴² Bu nedenle yoğun bakım hastalarına bakım verilirken mahremiyetlerinin korunması onların yaşayabileceği olumsuz duyguları engelleyerek, hasta iyileşmesini hızlandırabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalara ve ailelerine saygı duyularak, onurlarının yükseltilmesi ve mahremiyetlerinin korunması için hemşirelerin, sağlık profesyonellerinin ve diğer hasta ve hasta yakınlarının da birbirlerine karşı saygı, onur, mahremiyet kavramlarının önemini anlamaları gerekmektedir. Bu amaçla, bu kavramların klinik uygulamalardaki girişimlere yansıtılması, en iyi uygulama şekillerinin belirlenmesi, uygulamada yapılacak değişiklikler için bireysel gelişime önem verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alasad JA, Tabar NA, Ahmad MM. Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care* 2015;30:859.e7-859.e11.
2. De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, et al. Admission, discharge and triage guidelines for paediatric intensive care units in Spain. *Med Intensiva* 2018;42(4):235-246.
3. Park S, Na SH, Oh J, Lee JS, Oh ST, Kim JJ. Pain and anxiety and their relationship with medication doses in the intensive care unit. *J Crit Care* 2018;47:65-69.
4. Phelan S, Lin F, Mitchell M, Chaboyer W. Implementing early mobilisation in the intensive care unit: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2018;77:91-105.

5. Chang PY, Wang HP, Chang TH, Yu JM, Lee SY. Stress, stress-related symptoms and social support among Taiwanese primary family caregivers in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2018. doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.002
6. Altman MT, Pulaski C, Mburu F, Pisani MA, Knauert MP. Non-circadian signals in the intensive care unit: point prevalence morning, noon and night 2018;1-6. doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.011
7. Alfheim HB, Hofsø K, Småstuen CM, Tøien K, Rosseland LA, Rustøen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: a longitudinal study. *Intensive Crit Care Nurs* 2018. doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.007
8. Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P, Gillespie S. Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: an action research study. *J Adv Nurs* 2018. doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.006
9. Koulouras V, Konstanti Z, Lepida D, Papatjanakos G, Gouva M. Shame feeling in the intensive care unit patient's family members. *Intensive Crit Care Nurs* 2017;41:84-89.
10. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care* 2013;17(3):R91-8.
11. Geller G, Schell-Chaple H, Turner K, Anderson WG, Beach MC. Measuring patient respect in the intensive care unit: validation of the ICU-RESPECT instrument. *Journal of Critical Care* 2018;46:63-66.
12. Beach MC, Branyon E, Saha S. Diverse patient perspectives on respect in healthcare: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* 2017;100:2076-2080.
13. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=SAYGI (Erişim tarihi:04.10.2018)
14. Matthews E. Respect for personhood in medical and psychiatric ethics. *Ethics, Medicine and Public Health* 2016;2:490-498.
15. Schwab AP. The epistemic responsibilities in medicine of beneficence and respect for patient autonomy. *Ethics, Medicine and Public Health* 2017;3:233-240.
16. Akpir K. Yoğun bakım etiği. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care* 2010; 8: 77-84.
17. Council of Europe. Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz. İstanbul, Ekim 2014. http://www.yogunbakim.org.tr/data/pdf/COE_End_of_Life_Guide_Turkish.pdf
18. Resmi Gazete. Hasta hakları yönetmeliği. Tarih: 01.08.1998, Sayısı: 23420. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
19. Endacott R, Boyer C, Benbenishty J, Nunn MB, Ryan H, Chamberlain W, et al. Perceptions of a good death: a qualitative study in intensive care units in England and Israel. *Intensive and Critical Care Nursing* 2016;36:8-16.
20. Rousseau P. Death with dignity: is there such a thing? *Journal of Pain and Symptom Management* 2017;54(6):936-937.
21. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing* 2016;33:30-38.
22. Mendoza-Villa JM, Herrera-Morales LA. Reflections on

- euthanasia in Colombia. *Colombian Journal of Anesthesiology* 2016;44:324–329.
23. Florijn BW. Extending' euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy* 2018;122:315–319.
 24. Görgülü Ü. Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılmasının fıkhi açıdan değerlendirilmesi. *Marife* 2012;2: 49-66.
 25. Hidayat AI, Kongsuwan W, Nilmanat K. Nurse involvement in end of life decision making in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Nursing and Health Care*; 5: 1-8.
 26. Çelik S, Kalkan M, Gündoğdu A, Topal H. Yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi hakkındaki düşünceleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012; 5: 101-109.
 27. Özen Çınar İ, Kartal A, Önal A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2012;20(3):146-52
 28. Uysal C, Karaaslan B, Tanrıverdi H, Çelepkolüt, Korkmaz M, Bulut K, Bez Y, Tıraşçı Y, Özkara E. Hekimlerin ölümlerle karşılaşma sıklıklarına göre ötenazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2013; 18: 91-97.
 29. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13:251–257.
 30. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Social Science & Medicine* 2007;64:292–302.
 31. Perez D, Peters K, Wilkes L, Murphy G. Physical restraints in intensive care-an integrative review. *Australian Critical Care* 2018;1-10. doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.089
 32. Hodgson CL, Fan E. Intensive care unit acquired weakness. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2015;17(1):24-26.
 33. Cosgrove JF, Bari F. End-of-life care on the intensive care unit: an overview for hospital medical practitioners. *Surgery* 2015;33(10):515-518.
 34. Danbury CM, Waldmann CS. Ethics and law in the intensive care unit. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2006;20(4):598-603.
 35. Lee SY, Hung CL, Lee JH, Shih SC, Weng YL, Chang WH, et al. Attaining good end-of-life care in intensive care units in Taiwan-The dilemma and the strategy. *International Journal of Gerontology* 2009;3(1):26-30.
 36. Moen EK, Naden D. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015;31:285-293.
 37. Turnock C, Kelleher M. Maintaining patient dignity in intensive care settings. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001;17:144-154.
 38. Tanılır, M. N. İnternet suçları ve bireysel mahremiyet. Ankara: Liberte Yayınları; 2002.
 39. Teke A, Uçar M, Demir C, Çelen Ö, Karaalp T. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Kor Hek* 2007;6:259-266.
 40. Mccullough J, Schell-Chaple H. Maintaining patients' privacy and confidentiality with family communications in the intensive

- care unit. *Critical Care Nurse* 2013;33(5):77-79.
41. Bajaj P. Ethics in intensive care. *Indian Journal of Anaesthesia* 2008; 52:617-619.
42. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(1):40-46.