

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

YOĞUN BAKIM HEMŐİRELIĐİ DERGİSİ

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



YIL(YEAR) 2020

CİLT(VOLUME) 24

SAYI (NUMBER) 1

NİSAN (APRIL) 2020

DÖRT AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED THREE TIMES A YEAR

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

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU	i
YAZARLARA BİLGİ	ii
ARAŞTIRMA	
Hastaların ameliyat öncesi dile getirmedikleri düşünce ve istekleri <i>Patients' thoughts and demands that they did not express before surgery</i> Mehtap ÇULLU, Saadet ÜLKER.....	1
OLGU SUNUMU	
COVID-19 Vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: “CEPHEDE DURAN KAHRAMANLAR” <i>An intensive care nurse in the forefront of the epidemic while increasing cases of Covid-19: “HEROES IN FRONT-LINE”</i> Fatma KARASU, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR.....	11
DERLEME	
Tıbbi cihaza bağlı basınç yarasının önlenmesi <i>Prevention of medical device related pressure injury</i> Hava KARA, Fatma ARIKAN.....	15
Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü ile beslenen hastanın hazırlığı, takibi ve taburculuk eğitimi <i>Preparation, follow-up and discharge training of the patient fed with percutaneous endoscopic gasrostomy tube</i> Güldan KAHVECİ, Selda ÇELİK.....	22
Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme <i>A literature review on caring behaviors in intensive care nursing</i> İlkay BOZ, Emine KOL.....	32

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

EDİDÖR

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ

DERGİ SAHİBİ

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

YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ (PUBLISHING MANAGER)

Berin İNAL TUNALI

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU (SCIENTIFIC REVIEW BOARD)

- Özlem Akman, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Özgür Alparslan, Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tokat
Serap Balcı, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Dilek Beytut, Dr. Öğr. Üyesi İzmir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir
Sakine Boyraz, Prof. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Aydın
Gülçin Bozkurt, Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Sevim Çelik, Prof. Dr. Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Zonguldak
Esin Çetinkaya Uslusoy, Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta
Fatma Demir Korkmaz, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Özlem DOĞU KÖKCÜ, Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya
Asiye Durmaz Akyol, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Nuray Enç, Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yasemin Ergün, Dr. Öğr. Üyesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Özgül Erol, Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne
Fatma Eti Aslan, Prof. Dr. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Asiye Gül, Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Ayfer Karadakovan, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Aycan KELEZ YAYIK, Uzm. Hem. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
Gülbahar Keskin, Dr. Öğr. Üyesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul
Ebru KIRANER, Uzm. Hem. İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul
Emine Kol, Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya
Meral Madenoğlu Kıvanç, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Mukadder Mollaoğlu, Prof. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Nermin Olgun, Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Gaziantep
Besey Ören, Dr. Öğr. Üyesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Türkan Özbayır, Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Nadiye Özer, Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum
Aklime Sarıkaya, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Züleyha Seki, Dr. Öğr. Üyesi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Muğla
Duygu Sönmez Düzka, 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

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

Birsen 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 yayın organıdır. Yılda iki sayı yayımlanır. Yazı dili Türkçedir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayımlanabilir.

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

YAYIN DEVİR HAKKI VE YAZILARIN TESLİM EDİLMESİ

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

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

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

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

YAZILARIN GÖNDERİLMESİ

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

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

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

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

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

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

YAZININ ORGANİZASYONU

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

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

1. Başlık Sayfası

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

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

2. Özet (Türkçe ve İngilizce):

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

3. Metin

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

Tartışma: Bu bölümde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır. İnceleme ve derleme yazılarında başlıkları zorunlu değildir. Yazarın uygun gördüğü şekilde yapılabilir.

Kaynaklar: Kaynakların doğru ve tam yazılmasının sorumluluğu yazar(lar)a aittir. Kaynak yazımında "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal" (Ann Intern Med 1997;126:36-47) adlı kılavuzun en güncellenmiş şekline uyulmalıdır.

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

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

· Kongre bildirileri için basılı kaynak gösterilmesi zorunludur.

· Dergi adları Index Medicus'a uygun şekilde kısaltılmalıdır.

· Altı ya da daha az sayıda olduğunda tüm yazarlar verilmeli, altıdan fazla yazar durumunda, altıncı yazarın arkasından "et al." ya da "ve ark." eklenmelidir.

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

· Kaynakların dizilme şekli ve noktalamalar için aşağıdaki örneklere uyulmalıdır

Dergi

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

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

Kitap

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

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

Kitaptan bölüm

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

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

Tez

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

TABLO VE ŞEKİLLER

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

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

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

YAZARLAR TARAFINDAN UYULMASI GEREKEN ETİK KURALLAR

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

YAYIN KONTROL LİSTESİ

Yazılar

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

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

Tüm yazarlarca imzalanmış yayın devir hakkı formu

Türkçe ve İngilizce Özet (250 sözcük)

Makale (dergi yazım kurallarına uygun)

Kaynaklar (dergi kaynak yazım kuralları)

HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ DİLE GETİRMEDİKLERİ DÜŞÜNCE VE İSTEKLERİ

PATIENTS' THOUGHTS AND DEMANDS THAT THEY DID NOT EXPRESS BEFORE SURGERY

Mehtap ÇULLU^a, Saadet ÜLKER^b

ÖZET Amaç: Araştırma, ameliyat öncesi hastaların dile getirmediikleri düşünce ve isteklerini ortaya çıkartarak, ameliyat öncesi hazırlığa yön verecek verileri elde etmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin 11 cerrahi kliniğinde uygulanmıştır. Çalışma kapsamına genel ya da spinal anestezi altında orta ya da büyük tipte elektif ameliyat uygulanan 364 hasta alınmıştır. Veriler, ameliyat sonrası 2. ya da 3. günlerde araştırmacı tarafından hazırlanmış olan soru formu ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış, yüzdelik hesapları ve ki kare önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Ameliyat öncesi dönemde hastaların %55.2'sine ameliyattan sonra yaşayacağı sorunlar hakkında bilgi verilmediği saptanmıştır. Ameliyattan önce hastaların %91.5'inin endişe yaşadığı ve bu oranın ameliyat sonrasında %79.7'ye düştüğü belirlenmiştir. Hastaların tamamının yatmakta oldukları kliniklerde bulunan sağlık personellerine soru sorma rahatlığının olmadığı, %34.9'unun sağlık personelinin sert tutumlarından dolayı ve %30.5'inin doktorundan korktuğu için soru sormadığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların ameliyat sonrası yaşadığı sorunlar hakkında ameliyat öncesi bilgi verilmediği, ayrıca verilen bilgilerin, hastaların istediği bilgilerle uyumlu olmadığı belirlenmiştir. Verilen bilgilerin hastalar için yeterli olmadığı, ayrıca bilgi verilen ortamın ve süresinin uygun olmadığı saptanmıştır. Hastaların hakları konusunda bilgi sahibi olmadıkları için özellikle bilgi edinme haklarını talep edemedikleri görülmüştür. Araştırma sonucuna göre hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin ameliyat öncesi hazırlıktaki rollerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Perioperatif bakım, perioperatif hasta eğitimi, perioperatif hasta memnuniyeti

ABSTRACT Objective: The research was carried out descriptively in order to obtain the data that will guide the preoperative preparation by revealing the thoughts and wishes of the patients that were not expressed before the operation. **Method:** The research was applied in 11 surgical clinics of an education and research hospital. 364 patients who had medium and large types of elective surgery under general or spinal anaesthesia were included to the study. Data are collected with a questionnaire form which is prepared by the researcher in postoperative 2nd or 3th day by using the face to face technique and are evaluated with percentage accounts and Chi-square importance tests. **Results:** It is revealed that 55.2% of patients were not informed in the preoperative period about the problems that they will experience after surgery. Before surgery 91.5% of the patients were experiencing anxiety while this rate decreased to 79.7% after surgery. It has detected that all of the patients had lack of convenience of asking questions to the health care staff at the clinics that they were treated, 34.9% of them hesitated to ask questions in order to avoid the harsh response of the healthcare staff and 30.5% of them were afraid of asking questions to their doctors because they were scared of them. **Conclusion:** According to findings, obtained from the research, it was seen that preoperative knowledge about postoperative period was not given to the patients, also the given knowledge was not coherent with the patients' knowledge demands. The given knowledge was not enough for the patients, also the environment and the period was not appropriate for providing knowledge. It is seen that the patients didn't demand knowledge because they were not aware of the patient rights. In light of the study result, recommendations to perform roles actively in the preoperative period, are given to the nurses and other healthcare team members.

Key words: Perioperative care, perioperative patient education, perioperative patient satisfaction

GİRİŞ

Dünyada her yıl 234 milyondan fazla ameliyat uygulanmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ve cerrahi teknolojiadaki ilerlemeler güvenli perioperatif bakım sağlamada zorluklar yaratmaktadır. Tarihsel olarak, ameliyat öncesi değerlendirmenin odak noktası, hastaları olumsuz ameliyat ve anestezi sonuçları açısından risk altına sokabilecek sorunları tanımlamak olmuştur. Ayrıca bakım kalitesini iyileştirmek ve hastaların fiziksel

fonksiyonlarını istendik seviyeye ulaştırmak da ameliyat öncesi değerlendirmenin hedeflerindedir.^{1,2} Ameliyat sonrası hızlı iyileşme protokolünün (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) başlangıç noktası iyi bilgilendirilmiş hastalar tedavi süreci ile daha aiyi başa çıkarlar, daha az anksiyete ve ağrı hissederler. Hastalar daha hızlı iyileşir ve sonuç olarak hastanede daha kısa süre kalırlar. ERAS konseptinin temel taşlarından biri ameliyat öncesi bilgi verilmesidir. Bu bilgi hemşireler

Geliş Tarihi/Received:17.01.2020 Kabul Tarihi/Accepted:06.05.2020

^aÖğr. Gör., Muğla Sıtkı koçman Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Bölümü, MUĞLA

^bProf. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ANKARA

Yazışma Adresi/Correspondence: Mehtap ÇULLU

E-posta: mehtapcullu@gmail.com

tarafından sözlü ve yazılı olarak verilmelidir. Hemşireler hasta ve yakınlarını iki saatlik sürede bilgilendirmelidir.³

Ameliyat öncesi dönem, hastanın servise kabul edildiği anda başlar ve ameliyata girinceye kadar devam eder. Hastanın gereksinimlerine göre şekillenen fiziksel, sosyal ve psikolojik hazırlık aşamalarından oluşan ameliyat öncesi dönem, ameliyat dönemi (perioperatif dönem) olarak adlandırılan tüm sürecin en önemli aşamalarından birisidir. Bu aşamada yapılan bakımlar daha sonraki iki aşamanın (ameliyat sırası ve ameliyat sonrası) seyrini belirleyeceği için önemlidir.⁴ Ameliyat öncesi dönemde hastaların, ameliyat sırasındaki risklerini en aza indirmek ve ameliyat sonrasında daha iyi sonuçlara sahip olabilmelerini sağlamak için hastaların kapsamlı olarak hemşirelik değerlendirmesinin yapılması zorunludur. Ameliyat öncesi aşamada hemşireler tarafından hastalara eğitimler verilerek bakımın yönlendirilmesi hemşirelerin temel sorumluluğudur.⁵

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat yapılması planlanan hastalara verilecek hemşirelik bakımının değerlendirilmesini kapsar. Bu aşamada, ameliyat sırasında riski en aza indirme ve hastaların daha iyi sonuçlara sahip olabilmesi için hastaları değerlendirmek ve eğitim vermek, sağlık hizmeti verenlerin özellikle hemşirelerin temel sorumluluğudur.^{2,5} Ameliyat öncesi eğitimde/bilgilendirme ile, hastalara ameliyat, olası sorunlar hakkında bilgi verilir, hastaların korku ve kaygıları giderilir.⁶ Yapılan çalışmalar, hastaların ameliyat öncesi hazırlıklarının yetersiz olması ve ameliyat sonrası süreç hakkında bilgi sahibi olmaması nedeniyle, ameliyat sonrası dönemde beklenmedik ağrı, yorgunluk şikayetlerinin olduğu ve kendi kendine bakımda yetersiz kaldıklarını göstermektedir.⁶

Ameliyat öncesi dönemde, birçok hastada yüksek seviyede anksiyete görülmektedir. Anksiyetenin kesin etiyolojisi anestezi, ameliyat ve diğer birçok farklı nedenden kaynaklanabilmektedir. Ameliyat öncesi anksiyete, fiziksel sorunların yanı sıra duygusal ve psikiyatrik sorunlara da neden olduğu için hastalar için en önemli sorunlardan biridir. Anksiyete, ameliyat öncesi hasta değerlendirilmesi, ameliyat sırası indüksiyon ve ayılma dönemi gibi anestezinin tüm yönlerini etkilediği için özellikle önemlidir. Perioperatif anksiyete, anestezi gereksiniminin, bulantı-kusma insidansının, ameliyat sonrası ağrının

artmasına ve klinik olarak ilgili otonomik bozukluklara neden olmaktadır. Bu komplikasyonlar sonucunda iyileşme ve hastanede kalış süreleri uzamaktadır.⁷

En önemli anksiyete nedenlerinden biri belirsizliktir. Gelecekte ne olacağını bilememek insanlarda endişe yaratır.⁸ Hastalık, invaziv girişimler, dış tedavileri, uzun dönemli hastalığa cevap, hastaneye yatma, ameliyat gibi belirsizlik içeren süreçler, hastalığa ve ameliyata bağlı fiziksel engeller, hastalığın önemi, ameliyat öncesi ve sonrası bilinmezlik, yeterliliğin kaybı, vücut organ ve kısımlarının zarar göreceği düşüncesi, enjeksiyon korkusu, ağrı, ölüm korkusu, yaşamı tehdit eden hastalıklar, ameliyat sırasında uyanma, ameliyat sonrasında uyanamama, ameliyat sonrasında ağrı duyma gibi anestezide bağlı endişeler de kişinin yaşadığı anksiyete şiddetini etkiler.^{7,9} Psikolojik hazırlık, hastaların bireysel ilgi alanlarını tanımlamayı, şüphe, korku ve endişelerini gidermeyi, problem çözme yeteneklerini geliştirmeyi, hastaların sorularını sorabilmelerini sağlar.¹⁰

Yapılan çalışma sonuçları, hastaların ameliyat hakkında yetersiz bilgi aldığını,¹¹ ameliyat ve anestezi hakkında bilgi almadığını,^{11, 12} ameliyat öncesi ve sonrası hakkında yetersiz bilgi aldığını,¹¹⁻¹³ kendilerine yapılan inceleme ve tetkikler hakkında verilen bilgiden memnun olmadıklarını ve tetkik sonuçları hakkında bilgi verilmemesinden şikayetçi olduklarını,¹⁴ tanı, tedavi ve hastalığın seyri hakkında bilgi verilmediğini¹⁵ ortaya koymaktadır.

Araştırma, ameliyat öncesi hastaların dile getirmedikleri düşünce ve isteklerini ortaya çıkartarak, ameliyat öncesi hazırlığa yön verecek verileri elde etmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, bir eğitim ve araştırma hastanesinin 11 cerrahi kliniğinde genel ve spinal anestezi altında orta ve büyük tipte elektif, ameliyat olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı, evrendeki eleman sayısının bilindiği formülle hesaplanarak 364 olarak bulunmuştur. Ameliyat kayıtlarından bir yıl içinde 11 Cerrahi Kliniğinde 6664 hastaya genel ve spinal anestezi ile elektif ameliyat yapıldığı belirlenmiştir. Her bir cerrahi kliniğinde örnekleme alınacak hasta sayısı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile genel cerrahi-1'den 49, genel cerrahi-2'den 51, genel cerrahi-

3'ten 52, kulak burun boğaz (KBB) kliniğinden 28, göz kliniğinden 28, ortopedi kliniğinden 57, beyin cerrahisinden 25, ürolojiden 42, göğüs cerrahisinden 7, plastik cerrahiden 17, kalp damar cerrahisinden 15 hasta olarak belirlenmiştir.

Veriler hastane başhekimliğinden yazılı izin alındıktan sonra 01.04.2005-30.10.2005 tarihleri arasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş olan soru formu kullanılarak toplanmıştır. Soru formu toplam 48 soru içermekte ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik beş soru ve hastaların bilgilenme hakları konusundaki bilgilerini ortaya çıkartmak amacıyla iki soru bulunmaktadır. İkinci bölümde; hastaların ameliyat deneyiminden sonra ameliyat öncesine ilişkin ifade edilmemiş düşünce ve isteklerini ortaya çıkartmak amacıyla 38 soru ve hastaların sağlık personelinden beklentilerini ortaya çıkartmak amacıyla üç soru sorulmuştur.

Araştırmada aşağıda bildirilen dört temel soruya yanıt aranmıştır:

- Hastaların ameliyat sonrası dile getirdikleri yakınmalarının süreç öncesi bilgilendirme ile bağlantısı nedir?

- Hastaların ameliyat öncesinde ameliyat ile ilgili dile getirmediikleri düşünce ve istekleri nelerdir?
- Hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasında ruhsal yönden dile getirmediikleri düşünce ve istekleri nelerdir?

Araştırma için hastaneden ve hastalardan gerekli izinler alındıktan sonra, hastalarla ameliyat sonrası 2. ya da 3. günlerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesapları ve ki kare önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklem grubundaki hastaların yaş ortalaması 47.6 ± 17.2 olup, %33.2'sinin 35-51 yaş aralığındadır. Hastaların %50'si kadın, %42.3'ü ilkökul mezunu, %25.3'ü okur yazar değildir. Hastaların %90.7'sinin hasta hakları hakkında hiçbir bilgisi olmadığı gibi tamamı da hasta hakları hakkında dernek ya da kuruluşlar olduğunu bilmemektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (n=364)

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE (%)
Yaş grupları		
18-34 yaş	95	26.1
35-51 yaş	121	33.2
52 yaş ve üzeri	148	40.7
X ort=47.6 ± 17.2		
Cinsiyet		
Kadın	182	50.0
Erkek	182	50.0
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	92	25.3
İlkokul	154	42.3
Ortaokul	23	6.3
Lise	63	17.3
Üniversite	32	8.8
Sosyal Güvence		
Sosyal güvencesi yok	74	20.3
SSK	122	33.5
Bağkur	91	25.0
Diğer*	77	21.2
Hasta hakları hakkında bilgi**		
Duymuş ama içeriğini bilmiyor	34	9.3
Bilmiyor	330	90.7

*Yeşilkart ve özel sigortası olan hastalar.

**Araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastalara ve yakınlarına hasta hakları konusunda hiçbir bilgi verilmemiştir. Hasta ve yakınlarını hasta hakları hakkında bilgilendirme 19 Şubat 2006'dan sonra başlamıştır.

Tablo-2’de örnekleme alınan hastaların %55.2’sine ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası yaşadığı sorunlar hakkında bilgi verilmediği, hastaların zihninde cevap bekleyen soruların %21.0’ının yapılan ameliyat

hakkında, %16.8’inin taburculuk, %16.5’inin ameliyat sonrası durum, %10.3’ünün anestezi ve %10.1’inin hastalığı hakkında olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Bilgilendirmeye ilgili olarak hastaların ameliyat öncesinde gereksinimleri ve bilgilendirilmeye ilişkin özelliklerinin dağılımları

Ameliyat Sonrasında Yaşanan Sorunlar Hakkında Ameliyat Öncesinde Bilgi Verilme Durumu (n=364)	SAYI	YÜZDE (%)
Hayır	201	55.2
Kısmen	163	44.8
Hastaların Ameliyat Öncesine İlişkin Bilgi Gereksinimleri (n=364)*		
Yapılan Ameliyat İle İlgili	293	21.0
Taburculuk Hakkında	235	16.8
Ameliyat Sonrası Durum Hakkında	230	16.5
Anestezi Hakkında	144	10.3
Hastalık Hakkında	142	10.1
Komplikasyonlar Hakkında	97	7.0
Evde Bakım Hakkında	83	6.0
Ameliyat Sonrası Ağrı Hakkında	64	4.6
Ameliyathane Ve Ortamı Hakkında	60	4.3
Ameliyat Zamanı Ve Süresi Hakkında	48	3.4
Ameliyat Öncesi Hastaya Bilgi Verilen Konular (n=163)*		
Komplikasyonlar	150	28.5
Anestezi	144	27.3
Taburculuk	117	22.2
Ameliyat	116	22.0
Ameliyat Öncesi Hastaya Bilgi Veren Kişiler (n=163)		
Hemşire	31	19.0
Doktor	132	81.0
Ameliyat Öncesi Görüşme Ortamının Rahatlığı (n=163)		
Evet	66	40.5
Hayır	97	59.5
Ameliyat Öncesi Görüşme Süresinin Yeterliliği (n=163)		
Evet	5	3.4
Hayır	158	96.6
Ameliyat Öncesi Verilen Bilgilerin Hastanın İhtiyacına Uygunluğu (n=163)		
Evet	28	17.2
Hayır	82	50.3
Kısmen	53	32.5

*n sayısı katlanmıştır ve yüzdeler toplam ifadeler üzerinden alınmıştır.

Tablo-3’te ameliyat öncesinde hastaların %91.5’i ruhsal yönden endişe yaşarken bu oranın ameliyat sonrasında %79.7’ye düştüğü görülmektedir. Ameliyat öncesinde hastalar ölüm, kanser olma, terkedilme korkusu ve vücut bütünlüğünde

bozulmaya bağlı endişe yaşarken; ameliyat sonrasında hastaların kanser olma korkusu, terkedilme korkusu, yalnızlık, ağrı, hastalığın tekrarlama korkusu, beden bütünlüğünde bozulma, ameliyatın başarısız olduğunu düşünme, aileye karşı sorumluluklarını yerine

getirememe, ameliyat sonrası duruma uyumda zorluk nedeniyle endişe yaşadığı görülmektedir.

Ameliyat öncesinde hastaların %22.4'ünün ameliyat sonrasında %18.5'inin endişelerini kimseyle paylaşmadığı, ancak ameliyat öncesinde ve sonrasında çoğunluğun endişelerini aile bireyleri ile paylaştığı görülmektedir (sırasıyla %43.9 ve %47.8). Ayrıca ameliyat öncesinde hastaların %82.8'inin endişelerini paylaştıktan sonra

rahatlamadığı, bu oranın ameliyat sonrasında %42.5'e düştüğü görülmektedir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında endişelerin paylaşılmasından sonra rahatlamama nedenlerinin değişmediği, ancak açıklama yapılmadığına /bilgi verilmediğine ilişkin yakınmanın ameliyat öncesinde %31.0 iken ameliyat sonrasında %45.4'e çıktığı görülmektedir (Tablo-3).

Tablo 3. Hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasında ruhsal yönden yaşanan korkular, endişeler ve çözümleme durumlarına göre dağılımları

Ruhsal yönden endişe yaşama durumu					
Ameliyat öncesi (n=364)	SAYI	%	Ameliyat sonrası (n=364)	SAYI	%
Evet	333	91.5	Evet	290	79.7
Hayır	31	8.5	Hayır	74	20.3
Ruhsal yönden yaşanan endişeler					
Ameliyat öncesi (n=333)*	SAYI	%	Ameliyat sonrası (n=290)*	SAYI	%
Ölüm Korkusu	260	38.3	Kanser Olma Korkusu	249	21.1
Kanser Olma Korkusu	213	31.4	Terk edilme korkusu	165	13.9
Terk edilme korkusu	108	15.9	Yalnızlık korkusu	143	12.2
Vücut bütünlüğünün bozulması	97	14.4	Ağrı Yaşama korkusu	140	11.8
			Hastalığın tekrarlaması korkusu	139	11.7
			Vücut bütünlüğünün bozulması	125	10.5
			Ameliyatın başarısız olduğunu düşünme	81	6.8
			Aileye karşı sorumluluklarını yerine getirememe	75	6.3
			Ameliyat sonrası duruma uyumda zorluk	68	5.7
Endişelerin kiminle paylaşıldığı					
Ameliyat öncesi (n=333)*	SAYI	%	Ameliyat sonrası (n=290)*	SAYI	%
Aile Bireyleri	196	43.9	Aile Bireyleri	197	47.8
Kimseyle	100	22.4	Kimseyle	76	18.5
Hemşire	98	22.0	Hemşire	75	18.2
Doktor	52	11.7	Doktor	36	8.7
			Diğer hastalar	28	6.8
Endişelerin paylaşılmasından sonra rahatlama durumu					
Ameliyat öncesi (n=233)	SAYI	%	Ameliyat sonrası (n=214)	SAYI	%
Evet	40	17.2	Evet	30	14.0
Hayır	193	82.8	Hayır	91	42.5
			Kısmen	93	43.5
Endişelerin paylaşılmasından sonra rahatlamama nedenleri					
Ameliyat öncesi (n=193)*	SAYI	%	Ameliyat sonrası (n=184)*	SAYI	%
Açıklama yapılmadı	118	31.0	Açıklama yapılmadı	161	45.4
Çözüm bulunmadı	102	26.8	Çözüm bulunmadı	78	22.0
Çevreden yeterli destek almadı	83	21.8	Çevreden yeterli destek almadı	62	17.4
Profesyonel destek almadı	78	20.4	Profesyonel destek almadı	54	15.2

*n sayısı katlanmıştır ve yüzdeler toplam ifadeler üzerinden alınmıştır.

Örnekleme alınan hastaların %47'sinin ameliyatı kabul kararı verirken endişe yaşadığı, bu endişelerin %29.0'nın sağlık kurumuna güvensizlikten kaynaklandığı, hastaların %81.3'ünün endişelerini ameliyattan önce ifade ettiği, hastaların %61.7'sinin endişelerini aile bireyleri ile paylaştığı ve %42.4'ünün endişelerini paylaştıktan sonra çözüm bulamadığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo-4'de örnekleme alınan hastaların tamamının yattığı klinikte sağlık personeline soru sorma rahatlığının olmadığı, hastaların %34.9'unun sağlık personelinin sert tutumundan dolayı çekindiği, %30.5'inin doktora soru sormaktan korkup çekindiği, %24.0'nın cevap alamadığı için tekrar soru sormadığı görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların ameliyata kabul kararını vermede yaşadıkları endişeler ve çözümleme durumlarına göre dağılımları

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE (%)
Hastaların Ameliyat Kabul Kararını Vermede Endişe Yaşama Durumu (n=364)		
Evet	171	47.0
Hayır	193	53.0
Yaşanan Endişeler (n=171) *		
Sağlık Kurumuna Güvensizlik	144	29.0
Ekonomik Sıkıntı	123	24.7
Ölüm Korkusu	99	19.9
Ameliyat Sonrası Duruma Alışmada Zorluk	76	15.3
Ailevi Sorumluluğu Aksatmaya Bağlı	55	11.1
Hastaların Endişelerini Ameliyattan Önce İfade Etme Durumu (n=171)		
Evet	139	81.3
Hayır	32	18.7
Endişelerin kiminle paylaşıldığı (n=139)*		
Aile bireyleri	119	61.7
Hemşire	63	32.6
Doktor	11	5.7
Endişelere Ameliyattan önce çözüm bulabilme durumu (n=139)		
Evet	40	28.8
Hayır	59	42.4
Kısmen	40	28.8
Hastaların yaşadıkları süreçte soru sormama nedenleri (n=364)		
Sağlık personelinin sert tutumundan dolayı çekinme	285	34.9
Doktora soru sormaktan korkma ve çekinme	249	30.5
Sorulara cevap alamama	196	24.0
Sorularla çalışanları bunaltma endişesi	87	10.6

* n sayısı katlanmıştır ve yüzdeler toplam ifadeler üzerinden alınmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızdaki hastaların %90.7'sinin hasta hakları Konusunda bilgilerinin olmadığı ve tamamının hasta hakları ile ilgili dernek ve kuruluşlardan habersiz olduğu görülmüştür (Tablo 1). Benzer şekilde Erbay ve Şen'in çalışmasında da hastanede yatan hastaların %14,1'i hasta hakları eğitimine sahip iken, %85,9'u ise hasta hakları hakkında eğitimine sahip olmadığı görülmektedir.¹⁶

Örnekleminimizdeki hastaların %55.2'sine ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası yaşadığı sorunlar hakkında bilgi verilmediği, hastaların zihninde cevap bekleyen soruların %21.0'nun yapılan ameliyat hakkında, %16.8'inin taburculuk, %16.5'inin ameliyat sonrası durum, %10.3'ünün anestezi ve %10.1'inin hastalığı hakkında olduğu görülmektedir (Tablo 2). Rankinen ve ark.'nın çalışmalarından elde edilen en önemli bulgu, hastaların bekledikleri kadar bilgi almadık-

larıdır. Bizim sonuçlarımızla benzerlik gösteren bu bulgu, hasta eğitiminin daha da geliştirme ihtiyacını açıkça kanıtlamaktadır.¹⁷ Williams ile Jacobs çalışmalarında, hastaların ameliyathanedeki işlemler hakkında bilgi isterken, yalnızca tedavinin komplikasyonları hakkında doktor tarafından bilgilendirildiğini saptamışlardır.^{18, 19} Engström çalışmasında hastaların çoğunluğunun tanı, tedavi, tedavinin sonuçları ve prognoz hakkında bilgilendirildiklerini ve hastalara verilen bilgilerin ise ihtiyaçlarına uygun olmadığını ortaya koymuştur.²⁰ Yılmaz'ın cerrahi hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada

Breemhaar ve ark. ile Mordiffi ve ark.'nın yaptığı çalışmalar, hastaların ihtiyaçlarından çok hemşire dahil diğer sağlık personelinin hastaya kendi uygun buldukları bilgiyi, uygun buldukları zamanda ilettiklerini göstermektedir.^{11, 13} Yapılan çalışmalara paralel olarak bizim sonuçlarımızda da, hastaların öncelikle ameliyat, ameliyat sonrası durum ve taburculuk hakkında bilgi istediklerini, sağlık personelinin ise bilgi vermede önceliği komplikasyonlara ve anestezisyene verdiklerini göstermektedir (Tablo-2).

Çalışmamızda hastaların %81.0'nun ameliyat öncesi bilgiyi doktordan aldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde İnal ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin, ameliyat sonrası kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacı yaptığı çalışmasında, kontrol grubundaki hastaların %60'nun ameliyata ilişkin sorularının cevaplanmadığı, %66.7'sinin ameliyat hakkında endişelerinin olduğu ve %86.7'sinin ameliyat hakkında bilgiyi doktordan aldığı saptanmıştır.²¹ Akkaş'ın yaptığı bir çalışmada hastaların %92.7'sinin ameliyata ilişkin bilgi almada kaynak olarak doktoru, %7.27'sinin aile ve diğer hastaları gösterdiğini saptamıştır.²² Literatürde hastaların çoğunluğunun hastalıkları ya da ameliyatları hakkında bilgiyi doktordan aldığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur.^{23 24 25, 26}

Yörük çalışmasında, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların %75'inin bu eğitimi yanlış zamanda aldığını, hemşirelerin ameliyat öncesi yanlış zamanı seçtiklerini saptamıştır.²⁷ Yılmaz araştırmasında doktorların hastalarla ameliyat öncesi süreçte toplam 15dk-1sa arası beraber olmayı yeterli gördüklerini saptamıştır.²⁸ Çalışmamızda ise hastaların %96.6'sının görüşme süresini yeterli bulmadığı saptanmıştır (Tablo-2). Sonuç olarak elde

edilen bulgular ve literatür verileri sağlık personelinin hastaların gereksinimine yönelik, yeterli bilgiyi, doğru zamanda ve yeterli sürede vermediğini göstermektedir.

Örnekleminizdeki hastalara ameliyat öncesinde %55.2'sine hiç bilgi verilmediği, %44.8'ine ise kısmen bilgi verildiği görülmektedir (Tablo 2). Bunun sonucu olarakta çalışmamızda hastaların %91,5'inin ameliyat öncesinde ruhsal yönden sorun yaşadığı, ameliyat sonrasında ise %79.7'sinin ruhsal yönden sorun yaşamaya devam ettiği görülmektedir. Ruhsal yönden endişe yaşama nedenleri, ameliyat öncesinde ölüm, kanser olma, terk edilme korkusu, vücut bütünlüğünün bozulmasına bağlı olabilir. Ameliyat sonrasında ise kanser olma, terk edilme yalnızlık, hastalığın tekrarlaması korkusu, vücut bütünlüğünün bozulması, ağrı, ameliyatın başarısız olduğunu düşünme, aileye karşı sorumluluklarını yerine getirememeye ve ameliyat sonrası duruma uyumda zorluk olarak sıralanabilmektedir (Tablo-3). Bekaroğlu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, ameliyat öncesinde hastalarda kaygı yaratan etmenlerin başında anestezisi ve ameliyat sonrası ağrı yer almıştır.²⁹ Shauna ve ark. ameliyat öncesi hastaların %75'inde kanser olma korkusu saptamışlardır.³⁰ Vargas ve ark. hastaların ameliyat öncesi duygularını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, hastaların korku, üzüntü, anksiyete, şüphecilik ve sinirlilik gibi olumsuz duygular yaşayabileceğini, ameliyat öncesi korku nedenlerinin beden imajındaki değişiklik, anestezisi, ölüm ve bilinmeyene karşı olduğunu saptamıştır.³¹ Karadağ Arlı'nın çalışmasında da ameliyat öncesinde hastaların %32.3'ünün tamamen, %24.3'ünün ise yeterince endişe yaşadığı, %47.6'sının ise korku hissettiği ifade edilmektedir. Hastaların ameliyat öncesi kaygı ve endişelerini giderme durumlarına bakıldığında %38.6'sının kısmen, %10'unun çok az olduğu ve %10.6'sının hiç gidermediği görülmektedir.²⁶

Özbayır ve ark.'nın yaptığı bir çalışma, hastaların %62.13'ünün ameliyat öncesi dönemde ameliyatlarına ilişkin endişe yaşadıklarını ve %13.6'sının ameliyattan sonra uyanamamaktan korktuklarını saptamıştır.²³ Brown ise ameliyat öncesinde, anestezisi, ameliyat sonrasında ise ağrının hastaları en fazla endişelendiren etmenler olduğunu saptamıştır.³² Ayrıca Klaiiber ve ark.'nın ameliyat öncesi verilen eğitimin hasta komplikasyon ve sonuçlarına etkisini

değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar saptanmamıştır.² Yukarıdaki sonuçların aksine Ertem ve ark. yapmış olduğu çalışmada; hastaların yarısından fazlası, ameliyat öncesinde endişe hissettikleri herhangi bir konu olmadığını, çoğu endişelerini paylaştıktan sonra rahatladıklarını endişelerini paylaşmak için sağlık çalışanlarına kolaylıkla ulaşabildiklerini ifade ettikleri vurgulanmaktadır.³³

Ameliyat öncesi ve sonrası hastaların yarısına yakınının endişelerini aile bireyleri ile paylaştığı, çok az bir kısmının hemşire ve doktorla paylaştığı, azımsanamayacak bir kısmının ise sorunlarını kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesinde ve sonrasında endişelerin paylaşılmasından sonra hastaların çok azının rahatladığı, hastaların rahatlamama nedenleri olarak da, ameliyat öncesinde ve sonrasında çoğunluğunun “açıklama yapılmadı /bilgi verilmedi” ifadesini kullandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar ve bu çalışmanın bulguları, ameliyat öncesi hazırlıkta, sağlık personelinin hastaları ruhsal yönden ele almadığı düşünülmektedir. (Tablo 4). Çalışmada hastaların yarıya yakını ameliyatı kabul kararını vermede endişe yaşadığı, yaşanan endişelerin çoğunlukla sağlık kurumuna güvensizlik ve bunu takiben ekonomik sıkıntı, ölüm korkusu, ameliyat sonrası duruma alışmada zorluk ve ailevi sorumluluğu aksatmaya bağlı olduğu görülmektedir. Hastaların yarısından fazlasının endişelerini aile bireyleri ile paylaştığı, az bir kısmının hemşire ile paylaştığı, hastaların yarısından fazlasının endişelerine ameliyattan önce çözüm bulamadığı ve hastaların tamamının sağlık personeline soru sorma rahatlığının olmadığı, %34.95’inin sağlık personelinin sert tutumundan dolayı soru sormadığı, bunu takiben doktora soru sormaktan çekindikleri, sorularına cevap almadıkları ve sorularla çalışanları sıktıklarını düşündükleri için soru sormadıkları görülmektedir (Tablo-4).

Özbayır ve ark.’nın yaptığı çalışmada, hastaların %31.06’sının ameliyattan sonra uyanamamaktan korktuklarını saptamıştır. Ameliyata bağlı anksiyete nedenleri arasında ölüm, sakat kalma, beden imajının bozulma korkusu yer almaktadır.²³ Özer ve ark. çalışmasında, hastaların korku ve endişelerini paylaşmada kendilerine yakın buldukları sağlık personeline göre dağılımlarını incelediğinde,

%42.5’inin hemşireyi tercih ettiği saptanmıştır.³⁴ Atalay ve Buldukoğlu’nun çalışmasında, hastaların ameliyat olacaklarını öğrendiklerinde ilk ve en yoğun yaşadıkları duygunun ölüm korkusu olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca hastaların %25.0’inin endişe ve sıkıntılarını aile bireyleri, arkadaşları ve diğer hastalarla paylaştığını, %16.0’inin doktor ve hemşireyle paylaştığını saptamıştır.³⁵ Bu sonuçlar sağlık personelinin hastalara ameliyat öncesi yaklaşımının istendik düzeyde olmadığını göstergesidir. Ameliyat olacak hasta, ameliyatın yarattığı pek çok sorun, sıkıntı ve endişe nedeniyle sorularına cevap aramaktadır. Hastayla kurulacak iyi bir iletişimle, bağımsızlık kazanıncaya kadar kendine yardım edileceği, sorularına cevap bulabileceği güvencesi verildiğinde, hastalar endişelerinden kurtulabilir, ameliyatı kabullenmesi ve yeni duruma uyum sağlaması kolaylaşabilir. Code hastaların hekim odalarına girdikleri zaman konuşmadıklarını, soru sormak istedikleri halde sormadıklarını, sormak istedikleri şeyleri unuttuklarını belirtmektedir. Code ayrıca, hekime soru sormanın onun becerisine hakaret olarak algılanabileceğini düşündüklerini de vurgulamaktadır.³⁶

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak hastayla sağlık personeli arasındaki iletişimin sınırlı olması, soru sormayı ve böylece bağımsız karar vermeyi engelleyen önemli bir faktördür. Hastaların bir takım soru ve sorunlarla ameliyata girmeleri, ameliyatı ve sonrasında olumsuz etkilemektedir. Başta hekim ve hemşire olmak üzere tüm sağlık personeli hastaların sorularını sorabileceği, sorunlarını paylaşabileceği güven ortamını oluşturmalıdır.

Cerrahi girişim öncesi dönemdeki hastalara, girişim, girişim öncesi ve sonrası dönemleri kapsayan, hastaların bedensel, ruhsal ve sosyoekonomik gereksinimlerine yönelik, anlayabilecekleri düzeyde bilginin, uygun ortamda ve yeterli sürede, planlanmış, standart hasta eğitimi şeklinde verilmesi hastane idaresi ve hemşirelik hizmetleri tarafından sağlanmalıdır. Bunun için cerrahi servislerinde çalışan hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerine cerrahi girişim öncesi hazırlık ve önemi hakkında hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli ve bunun için gerekli altyapı hemşirelik hizmetleri yönetimi ve hastane idaresi tarafından hazırlanması önerilmektedir.

Araştırma, ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi süreçte hemşirelerden beklentilerini belirlemek ve bilgiler doğrultusunda bakımı yönlendirecek öneriler getirmemizde bizlere yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*. 2015;102(2):181.e181-181.e189.
2. Klaiber U, Stephan-Paulsen L, Bruckner T, et al. Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: The cluster randomized controlled PEDUCAT trial. *Trials*. 12/01 2018;19.
3. Aasa A, Hovbäck M, Berterö CM. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of clinical nursing*. 2013;22(11-12):1604-1612.
4. Plauntz LM. Preoperative assessment of the surgical patient. *The Nursing clinics of North America*. Sep 2007;42(3):361-377, v.
5. Masry S. The Effect of Preoperative Educational Intervention on Preoperative Anxiety And Postoperative Outcomes In Patients Undergoing Open Cholecystectomy. 01/17 2019:78-87.
6. Kruzik N. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*. 2009;90(3):381-387.
7. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res*. 2018;23(1):41-41.
8. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 14.Basım. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2005.
9. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta anaesthesiologica Taiwanica : official journal of the Taiwan Society of Anesthesiologists*. Mar 2012;50(1):3-6.
10. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns*. Apr 1992;19(2):129-142.
11. Mordiffi SZ, Tan SP, Wong MK. Information provided to surgical patients versus information needed. *Aorn j*. Mar 2003;77(3):546-549, 552-548, 561-542.
12. Bölükbaş N. Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1992;8(2):21-28.
13. Breemhaar B, van den Borne HW, PD. M. Inadequacies of surgical patient education. *Patient Ed Counsel*. 1996;28:31-44.
14. Hawkins C. Patients' reactions to their investigations: a study of 504 patients. *Br Med J*. 1979;2(6191):638-640.
15. Gürhan N. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Cerrahi Polikliniğinde Muayene Olan Hastaların Tanı Ve Tedavileri Konusunda Edindikleri Bilgi Düzeyinin Ve Hastaların Bu Konudaki Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Ankara: Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1988.
16. Erbay E, Şen CB. Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2012;23(2):7-20.
17. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, et al. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. Apr 2007;19(2):113-119.
18. Williams OA. Patient knowledge of operative care. *J R Soc Med*. 1993;86(6):328-331.
19. Jacobs V. Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*. 2000/02/01/ 2000;13(1):12-18.
20. Engström B. The patients' need for information during hospital stay. *International Journal of Nursing Studies*. 1984/01/01/ 1984;21(2):113-130.

21. İnal Y. Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı Ve Ağrı Algisi Üzerine Etkisi. Gaziantep: Hemşirelik Anabilim Dalı, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
22. Akkaş A. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi, . HEMAR-G Dergisi. 2001;1(1):23-29.
23. Özbayır T, Demir Korkmaz F, Candan Dönmez Y, Güneş Şİ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;6:4-23.
24. Sim A, Ulupınar S. Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. . Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(1):1-19.
25. Vizeli M. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi. . İstanbul: Sağlık Bilimleri Enstitüsü,, Haliç Üniversitesi 2010.
26. Karadağ Arlı Ş. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(3):38-47.
27. Yörük H. Kütahya Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ameliyat Edilen Hastaların Ameliyat Öncesi Eğitimi ve Bu Eğitimi Alma Düzeylerinin İncelenmesi. Afyon: Bilim Uzmanlığı Tezi. Danışmam: Yrd. Doç. Dr. Coşkun POLAT, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
28. Yılmaz M. Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hastalar Açısından İncelenmesi. . III Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, Kongre Kitabı, s: 379-385. 1990.
29. Bekaroğlu M UN, Alp K, Lüleci N. . Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. . Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2:285-288.
30. Roberts SR, Early GL, Lamb J. Anxiety levels and cancer fear in patients admitted for elective operations. Southern medical journal. Oct 1990;83(10):1128-1130.
31. Vargas T, Maia E, Spadoti D. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. Revista latino-americana de enfermagem. 06/01 2006;14:383-388.
32. Brown SM. Peri-operative anxiety in patients undergoing extracorporeal piezolithotripsy. Journal of advanced nursing. Sep 1990;15(9):1078-1082.
33. Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. . Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2013;21(2):378-391.
34. Özer FG. Ameliyat Öncesi Planlanmış ve Planlanmamış Eğitim Alan Kolesistektomili Hastaların Servise Uyum Durumlarının Karşılaştırılması. İzmir: Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
35. Atalay M, Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin duyguları, düşünceleri ve bilgi istekleri, Uluslararası Cerrahi Kongresi Kitabı. İstanbul, Hilal Matbaacılık. İstanbul, : Hilal Matbaacılık, 92-7; 1988.
36. Code D. The Patient's Representative. Nursing. 1981;January 11(1):26-30.

COVID-19 Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: “CEPHEDE DURAN KAHRAMANLAR”

An Intensive Care Nurse in the Forefront of the Epidemic While Increasing Cases of Covid-19: “HEROES IN FRONT-LINE”

Fatma KARASU^a, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR^a

ÖZ Aralık 2019’da ilk olarak Çin’de ortaya çıkan ve ciddi akut solunum yetmezliğine neden olan Koronavirüs hastalığı hızla tüm dünyaya yayılmıştır ve pandemi halini almıştır. Bu salgınla baş etmek her açıdan zor olmakla birlikte mücadelede en büyük yük sağlık personellerinin ve özellikle de hemşirelerin omzundadır. Bu çalışma salgınla mücadelede kilit rol ve görev üstlenen hemşirelerden biri olarak görev yapan bir yoğun bakım hemşiresinin salgın durumu devam ederken ve koronavirüs hastalığına yakalanan hastalara bakım verirken sahip olduğu duygu ve düşünceleri ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, hemşire, olgu sunumu, salgın

ABSTRACT Coronavirus disease, which first appeared in China in December 2019 and caused severe acute respiratory failure, rapidly spread all over the world and became a pandemic. Coping with this epidemic is difficult in evall respects but the biggest responsibility in the fight is on the shoulders of healthcare professionals and especially nurses. This study was prepared in order to reveal the feelings and thoughts of an intensive care nurse working as one of the nurses playing a key role in the fight against the epidemic while maintaining the epidemic situation and caring for patients suffering from coronavirus disease.

Key words: COVID-19, nurse, case report, epidemic

GİRİŞ

2019 yılının Aralık ayında Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan ciddi akut solunum yetmezliği ile karakterize olan Koronavirüs (COVID-19) hastalığı hızla dünyanın birçok bölgesine yayılmıştır.^{1,2} Globalleşen dünyada hastalığın yayılımı tahmin edilenden ve beklenenden hızlı gelişirken, hastalığın kontrolü ve sürveyans sisteminin oluşturulabilmesi için gerekli olan epidemiyolojik bilgilerin gelişimi aynı hızda ilerlememektedir. Bununla birlikte artan hasta ve iş yükü karşılığında sağlık personelleri yetersiz kalmaktadır.^{3,4} Toplumların ve ülkelerin yönetim sistemlerinin hazırlıksız yakalandığı bu pandemide çoğu zaman sağlık personelleri de kendilerini yetersiz ve korumasız hissetmektedir. Bu yetersizlik ve korumasızlık hissi hastalık hakkındaki bilimsel bilgilerin azlığından, sağlık personelleri için olması gereken koruyucu malzeme eksikliğinden, sağlık personelinin hastalığa yakalanma ve/veya hastalığı bulaştırma riskini taşımalarından ve başkaları tarafından hastalığı taşıma ve bulaştırma açısından başkaları için bir tehdit olarak algılanmalarından kaynaklanmaktadır.^{5,6} Her ne kadar bu sorunların çözümü için malzeme temini,

sağlık personelleri için barınma olanaklarının oluşturulması, toplum desteğinin alınması, psikolojik yardım gibi destek çalışmaları oluşturulsa da zaman zaman sağlık personelleri tükenmişlik yaşayabilmektedir. Sağlık personelleri içinde hastalarla en fazla iletişime giren ve onlarla zaman geçiren profesyoneller hemşirelerdir. Hemşireler tedavi ve bakımı gerçekleştirirken risk altındadırlar ve bu nedenle yoğun stres yaşamaktadırlar. Bu çalışma da salgınla mücadelede kilit rol ve görev üstlenen hemşirelerden biri olarak görev yapan bir yoğun bakım hemşiresinin salgın durumu devam ederken ve koronavirüs hastalığına yakalanan hastalara bakım verirken sahip olduğu duygu ve düşünceleri ortaya koymak amaçlanmıştır.^{7,8}

“Bir Yoğun Bakım Hemşiresinin Duygu ve Düşünceleri

38 yaşındayım ve meslekte 12. yılım. Koronavirüs salgınının en yoğun şehrinde, bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakımında çalışmaktayım. Dünyada birçok ülkede görülen ve benimde ilgiyle takip ettiğim salgın 11 Mart itibariyle ülkemde tespit edildi. O günden sonra bir kâbusun başlangıcı gibi her gün daha fazla

insanın hastalandığını öğreniyorum. Çalıştığım yoğun bakıma ilk vaka geldiğinde “meslek hayatımın en karanlık anıydı” diyebilirim. Burada neden hala duruyorum? diye sordum kendime, içimden soruyu cevapladım, sorunun cevabı çok basitti: “Sadece Görev”. Ve bu en karanlık anda bile işime devam edip pes etmemem gerektiğini biliyordum. Neredeyse bir ayda “virüs bir orman yangını” gibi ülkemize yayıldı. İtalya’da hemşire olarak çalışan Roberta Re “yaşadığımız bu tecrübeyi dünya savaşıyla kıyaslayabilirim. Ancak bu savaşta geleneksel silahlar ile mücadele etmiyoruz. Henüz düşmanın kim olduğunu tam bilmediğimizden savaşması da çok zor” olarak ifade etti. Bende savaşta olduğumuzu düşünüyorum.

Hastanede ilk günlerde enfeksiyon riskinden kaçınmak için ziyaret saatleri kısıtlandı, acil hastalar dışında hastaneye hasta alınmaması gibi müdahalelerde bulunuldu. Ancak mesai saatleri ile ilgili herhangi bir değişiklik olmadı, aksine daha yoğun çalışmaya başladık. İlk günlerde koruyucu ekipman sıkıntımız vardı, ancak ilerleyen günlerde bu sıkıntılar giderildi. Hastalar ile yakın temasta olmamız sebebiyle gözlük, maske, eldiven, tulum içeren tam koruma giysilerini giymemiz gerekmekteydi. Çalışma saatleri içerisinde uzun süre bu koruyucu ekipmanlar içerisindeyim. Ancak bu ağır koruyucu ekipmanlar hastalara bakım verme ve tedavi yapma gibi hemşirelik uygulamaları yaparken “nefes almayı, duymayı, iletişim kurmayı zorlaştırıyor ve terlediğimde terimi silemediğim” zamanlar oluyor. Ayrıca yoğun bakıma bu kıyafetler ile girdiğim zaman “yeteri kadar su içemiyor ve istediğim zaman tuvalete gidemediğim” zamanlar oluyor.

Salgının diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de sağlık çalışanları arasında hızlı yayılımı söz konusu. Medyadan “vasiyetnamesini yazan” sağlık çalışanları olduğunu öğrendim. Çalıştığım hastanede sağlık çalışanlarından COVID-19 pozitif vakalar duydum. Çok geçmeden çalıştığım yoğun bakımda arkadaşşıma tanı kondu. Hemşire arkadaşımız izole edildi. Kayıplar verdiğimiz tanıdığımız çalışma arkadaşlarımız vardı. Bu kayıplar bende

“ölüm korkusu” yarattı. Kendimi “savunmasız” hissettim. Diğer kurumlarda kronik hastalıkları olanlara izin verilirken, benim hipertansiyonum ve diyabetim olmasına rağmen işimin başında bütün enerjimle, bütün çabamla orada, hastanede, yoğun bakımdayım. Evet, virüsün bana bulaşmasından korkuyordum ve COVID-19 hastalarına bakmak bende yüksek derecede strese neden olsa da hala “çok, çok şanslıyım” diyordum kendime. Çünkü salgın ülkemizde var olalı neredeyse bir ay oldu ve ben daha hastalanmamıştım. Bunları yaşarken en sinir bozucu olanı da salgın sırasında insanların alınan önlemlere yeteri kadar uymamasıydı.

Bu süreçte virüsü aileme bulaştırma korkusu ile belediyenin sağlık çalışanlarına tahsis etmiş olduğu otelde kalmaya başladım. Ablam ve halamla yaşıyorum, onları riske atamaz ve bunu göze alamazdım. Hem virüsü aileme bulaştırmamak hem de hastalarımı daha iyi bakım vermek için ailemden ayrı kalmak en doğru karardı. Onları şu anda göremiyorum ve sadece telefonda görüntülü olarak görüşebiliyorum. Bu aldığım önlemler yeterli olmasına rağmen onlara virüs bulaşma ihtimali, ki bu olasılık dahilinde dahi olsa bile bana derin bir üzüntü vermekte. Hafta da bir alışveriş yapıyor ve evin kapısına bırakıyorum. Bu çok acı gerçekten. Bunun yanı sıra, ailemin beni desteklediğini yanımda olduklarını biliyordum. Ablam bana bir keresinde “cephede duran bir kahramansın” dedi. Evet, biz sağlık çalışanları gerçekten cephedeki birer kahramanız. Evli değilim ve bu durum şu anda iyikilerim arasında en başta gelmekte. Eş ve çocuk sahibi olmanın şu süreçte iki kat stres demek olduğunu arkadaşlarımdan görüyorum. Çocukları ile sarılamayan, onları öpemeyen, göremeyen, başına basamayan anne ve babalar...

Bu salgın sırasında en kötüsü de insanların sizden “vebalıymışsınız gibi uzak durması”, sağlık çalışanı olduğunuzu duyduklarında ya da sağlık çalışanı olduğunuzu bilenlerin sizden ola bildiğince uzaklaşması. Okuduğum bir haberde sağlık çalışanlarının dışarıdan yemek siparişi vermek istediklerinde işletmelerin siparişleri sağlık kurumlarına getirmek istemediğini

öğrendim. Bu da hastane çalışanlarının potansiyel bir risk olduğunu bana gösterdi. Bu gerçekten büyük hayal kırıklığıydı. Ailemi görememek beni zaten olumsuz yönde etkiledi. İnsanların bu bakış açılarıyla bazen “cezalandırılıyormuşum” gibi geliyor, dahası “kendimi bir çöl gibi, bir ada gibi soyutlanmış hissettiğim” zamanlar oluyor. Ama her şeye rağmen bunların hepsini bir kenara bırakarak mesleğimden, yeteneklerimden bir kez daha gurur duydum.

Çalışma şartlarına bakacak olursak çalışma saatleri içerisinde yeterince dinlenemiyor, yeterli ve dengeli beslenemiyorum. Yoğun bir çalışma temposu içerisindeyiz. Bu sadece benim için geçerli bir durum değil. Eminim ki birçok çalışma arkadaşım bu durumda. Çalışma saatleri dışında iyi beslenmeye ve dinlenmeye çalışıyorum. Ailem ile görüşmeler yapıyor moral ve motivasyonumu yüksek tutmaya çalışıyorum. “Hemşirenin görevinin, hastalarına kaliteli bakım sunmak ve ne olursa olsun hastalarını terk etmemek olduğuna inanıyorum”. Bu görevi yerine getirirken kendime “şans” diliyorum.

Yoğun bakımda çalıştığım için her an ölüm olayı ile karşı karşıya kalabilmekteyim. Bir “kâbus gibi COVID-19 nedeniyle günlük en az bir ya da iki hastamızı kaybediyoruz”. Bu korkunç bir durum. “Hastalar yalnız ölüyor ve aileleri bir kez daha yıkılıyor; HAYIR yalnız ölmüyorlar diye söylemek istiyorum. Biz hemşireler ölmekte olan bireyin en yakınında iletişim içindeki kişileriz ve her

ne kadar aileleri kadar olmasa da onların yanındayız. YALNIZ ÖLMÜYORLAR, BİZ VARIZ”.

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada hemşirelerin COVID-19 salgınının ön safhasında yer alırken yaşadıkları zorlukların sadece bir kısmının altı çizilmektedir. Yoğun çalışma saatleri, koruyucu ekipman sıkıntısı, günlük streslerinde artış, kişisel sağlıkları ve sevdiklerinin risk ile karşı karşıya kalması bunlardan sadece bazılarıdır. Sadece şuanda değil tarihsel olarak bakıldığında hemşireler, dünya genelinde sağlığı tehdit eden salgınlarla mücadelede ön saflarda yer almışlardır ve gelecekte de cephenin önlerinde savaşmaya devam edeceklerdir.

Hemşireliğin meslek olup olmadığına ilişkin tartışmalar bu salgın ile birlikte son bulmuştur. Bu bağlamda hemşireler, sağlık ekibi üyeleri içerisinde olmazsa olmaz ve sağlık sisteminde hayati hizmetler sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Hemşirelik bir maliyet değil, bir ülkede sağlık yatırımı olarak görülmeli" ve "Hemşireler sağlık sisteminin bel kemiğidir ve COVID-19 ile mücadelede ön saflarda yer almaktadır" şeklinde ifadeler belirtilmiştir. Bu yaşadığımız deneyimler ve zorluklar gelecekteki bu gibi krizler için dersler niteliğindedir. Her ne kadar COVID-19 salgını hemşireleri fiziksel ve psikolojik olarak büyük ölçüde etkilese de hemşirelik mesleği ile ilgili birçok konuda düşünme fırsatı sunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, Lessler J. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. Annals of internal medicine 2020.
2. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 020;395:-497506. doi:10.1016/S01406736-(20)30183-5.
3. Ng K, Poon BH, Puar THK, Quah JLS, Loh WJ, Wong YJ, Raghuram J. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. Annals of internal medicine 2020.
4. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:-727-733. doi:10.1056/NEJMoa-2001017

5. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak—Lessons from Taiwan's SARS response. *Clinical Infectious Diseases* 2020.
6. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases(COVID-19)—China,2020. *China CDC Weekly* 2020;2:113-22.
7. Mason DJ, Friese CR. Protecting Health Care Workers Against COVID-19—and Being Prepared for Future Pandemics. In *JAMA Health Forum*2020;1(3):e200353-e200353. American Medical Association. doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0353.
8. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

TIBBİ CİHAZA BAĞLI BASINÇ YARASININ ÖNLENMESİ

PREVENTION OF MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURY

Hava KARA^a, Fatma ARIKAN^b

ÖZ Tıbbi cihaza bağlı basınç yaraları, yoğun bakım sırasında tedavinin neden olduğu ciddi bir komplikasyondur. Ciltte ve mukozada gözlemlenen basınç yaraları; hastaların yaşam kalitesinin bozulmasına, bakım maliyetlerinde de artışa neden olmaktadır. Tıbbi cihaza bağlı basınç yarasının yönetimi basınç yarası nedenlerinin bilinmesi, erken tanılanması ve önleme stratejileriyle mümkün olabilecektir. Önemli kalite ölçütlerinden olan basınç yarasında, kanıta dayalı uygulamalar hastalardaki olası riskleri azaltmaktadır. Bu derleme; tıbbi cihaza bağlı basınç yarasında kanıta dayalı önleyici uygulamaları içeren mevcut literatürün gözden geçirilmesini ve çalışmalarından elde edilen sonuçların incelenmesini amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Bakım, basınç yarası, hemşire, önleme, tıbbi cihaz

ABSTRACT Medical device related pressure injuries are a complication that are caused by treatment during intensive care. Pressure injuries, observed in the skin and mucosa, lead to impaired quality of life of and rising healthcare costs. The management of the pressure injury related the medical device will be possible with the knowledge pressure injury causes, early diagnosis and prevention strategies. In the pressure injury, which is an important quality criteria, evidence-based practices reduce the possible risks in patients. In this review, we aimed to review the current literature including evidence-based preventive applications and results from previous studies in the medical device related pressure injuries.

Key words: Care, pressure injury, nurse, preventive, medical devices

GİRİŞ

Yoğun bakım ortamında tıbbi ve teknolojik açıdan çeşitlilik gösteren çok sayıda cihaz kullanımı basınca bağlı yaralanmalara karşı hassas bir hasta bakımı süreci gerektirir.^{1,2} Tedavi ve yoğun bakım sürecinin ciddi bir komplikasyonu olan tıbbi cihaza bağlı basınç yaraları hastaların yaşam kalitesinin bozulmasında, bakım maliyetlerin, mortalite ve morbidite artışında etkilidir.^{2,3} Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli'ne (NPUAP) göre basınç yarası; "basıncın tekil olarak ya da yırtılma ile birlikte neden olduğu, genelde kemik çıkıntılarında veya tıbbi/diğer cihazlara bağlı lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarı" olarak tanımlanmıştır. Bu doğrultuda; NPUAP 2016 yılı panelinde, basınç yarasının, basınç altındaki herhangi bir dokuda oluşabileceği ve tıbbi cihazların altında da gelişebileceği kabul görmüştür.^{3,4} Öte yandan; tıbbi/diğer cihazlara bağlı kavramı, yine söz konusu panelde basınç yarası tanımına eklenmiştir.^{5,6} Bu derlemede tıbbi cihaza bağlı basınç yarasına yönelik nedenler, tanılama, çalışmaların gözden geçirilmesi ve önleme stratejileri vurgulanarak tıbbi cihaza bağlı hastalarda doğru yönetim ve farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yarası

Teşhisin ve tedavinin temel bileşeni durumundaki cihazlara bağlı basınç yarası, normal basınç yarısından farklıdır.^{3,7,8} Tıbbi cihaza bağlı basınçta; yara, kemikli alandan ziyade ciltte ve mukozada görülmektedir.^{1,2} Basınç yarası genellikle hareketsizlik, destek yüzey gibi nedenlerden dolayı basınca maruz kalan kemikli alan ve/veya doku üzerinde meydana gelirken, tıbbi cihaza bağlı basınç yarası genellikle cihazın konumuna ve şekline bağlıdır. Her iki vakada da ortak risk faktörleri arasında; hareketsizlik, duyuşal bozukluklar, nem, sürtünme, kayma, beslenme yetersizlikleri ve/veya zayıf oksijenlenme yer almaktadır.^{7,9}

Cilt veya cilt altındaki dokular, tıbbi cihazlardan kaynaklanan basınca ya da kaymaya maruz kaldıklarında yara gelişmektedir.^{10,11} Bu örnekteki basıncı, cihazın kendisi oluşturmaktadır. Cihaz ile cilt arasında gelişen nem ve sıcaklık, cildin mikro iklimini değiştirmektedir. Öte yandan; cihazı sabitlemek için kullanılan malzemelerin (örn: bantlar, kayışlar) altındaki cildin incelenmesi zorlaştığından, bakım veren sağlık profesyonellerinin farkındalığının olmaması, yara riskini artırmaktadır.^{3,12}

Cihaz, az miktarda yağ dokusu bulunan vücut bölgelerine yerleştirildiğinde, yara hızla ilerlemektedir.¹¹ Cihaz kullanan hastaların ise kullanmayan hastalara

nazaran iki kat fazla risk taşıdıkları saptanmıştır.⁸ Tıbbi cihaza bağlı basınç yarası nedenleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Tıbbi cihaz basınç yarası nedenleri^{7, 13, 14}

Tıbbi Cihaz Basınç Yarası Nedenleri
Cihazın yapıldığı sert malzeme,
Yanlış cihaz seçimi,
Az miktarda yağ dokusu bulunan vücut bölgelerine yerleştirme
Cihaz kaynaklı deri mikro ikliminde meydana gelen değişiklikler
Cihazı sabitlemekte kullanılan yöntemler
Cihazın neden olduğu kesme kuvvetleri
Cihazın kullanım gerekçesi ve sabitleme gerekliliği nedeniyle, personelde konumlandırma yapmakta isteksizlik

Sağlık birimlerindeki ulusal hemşirelik kalite göstergeleri veri tabanları incelendiğinde, tıbbi cihaza bağlı basınç yarasının tüm ortamlarda ve yaş gruplarında giderek yaygınlaştığı görülmektedir.^{7,13} Her ne kadar tıbbi cihazı bulunan hastalar basınç yarası riski taşısa da, bazı grupların diğerlerine göre hassas olduğu anlaşılmıştır.^{5,14} Anılan grupta; yeni doğanları, bebekleri, küçük çocukları, yaşlı bireyleri ve bariatrik hastaları saymak mümkündür.⁵ Yeni doğanlar, bebekler ve küçük çocuklar, gelişimsel sorunlardan dolayı cihaz ve ağrı ilişkisini kurmakta zorlanmaktadır. Diğer taraftan yaşlı bireylerde; hücresel yıpranma, ciltte incelme, subkutan yağ kaybı, azalan kutanöz kan akışı gibi cilt değişikliklerinin ve duyu fonksiyon kaybının cihaza bağlı

basınç yarasına karşı hassas olabileceği bildirilmektedir.^{5,13} Cihazların özellikle yoğun bakım hastalarında daha çok kullanıldığı düşünülürse, bu gruptaki hastalarda riskin artması kaçınılmazdır.^{14,15} Tüm tıbbi cihazlar potansiyel olarak basınç yarasına neden olmakla birlikte, genellikle cihazın şeklini alarak, cihazın çevresinde veya altında meydana gelir.^{3,8} Tıbbi cihaz bulunan hastalarda basınç yarası en çok; başta, yüzde, boyunda ve ekstremitelerde görülmektedir. Ayrıca; cihaza bağlı; kulaklarda, burunda, dudakda, boyunda, ellerde, bacaklarda, üreme organında, parmaklarda ve baş üzerinde de basınç yaraları rapor edilmiştir.¹⁶ Basınç yarasına neden olan tıbbi cihazlar ve bu cihazların oluşturabileceği potansiyel yara alanları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Basınç yarasına neden olan tıbbi cihazlar ve bu cihazların oluşturabileceği potansiyel yara alanları

Basınç Yarasına Neden Olan Tıbbi Cihazlar	Cihazların Oluşturabileceği Potansiyel Yara Alanları
Oksijen verme ve izleme cihazları (yüz maskesi , nazal kanülü , nabız oksimetresi , BiPAP* maskesi, CPAP* maskesi)	Yüz bölgesi, burun, dil, dudak, kulaklar, boyun bölgesi, eller ve ayaklar
Endotrakeal cihazlar (oral ve/veya nazal endotrakeal tüp, trakeostomi tüpü ve bağı, airway)	
Besleme tüpleri (nazogastrik sonda, orogastrik sonda, PEG*, PEJ*)	Burun, dudak, karın
İdrar ve bağırsak boşaltımını sağlayan araçlar (üriner, üretral kateter)	Uyluğun iç yüzü, perine
Kas-iskelet sistemini korumak için geliştirilen araçlar (boyunluk, atel, varis çorabı ve traksiyon aracı)	Boyun, atel ya da varis çorabının bulunduğu ekstremiteler
Diğer araçlar (tansiyon manşonu, EKG* elektrotu, EKG kablosu gibi)	Kollar, ayaklar, göğüs ve meme bölgesi

*PEG: Perkütan endoskopik gastrotomi, PEJ: Perkütan endoskopik jejunostomi, CPAP: Continous Positive Airway Pressure, BİPAP: Bilevel Positive Airway Pressure, EKG: Elektrokardiyogram.^{11,12,17}

Tıbbi cihaza bağlı basınç yarası riskine ve gelişimine yönelik en çok, NIV maskelerinin ve orotrakeal tüp gibi solunum cihazlarının hasara yol açtığı bildirilmiştir. Bu bağlamda; tıbbi cihaza bağlı basınç yarasının %30'u ila %70'inin solunum ekipmanlarından kaynaklandığı anlaşılmıştır.¹⁸ Türkiye'de tıbbi cihazla ilişkili basınç yarası prevalansı ve gelişimi risk faktörleri üzerine yapılan araştırmalar, en sık görülen lezyonların orotrakeal tüp, NIV maskeleri, oksimetreler, O₂ maskesi ve nazal kanüllerin neden olduğunu ortaya koymaktadır.^{6,19}

Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yarası Çalışmaları

Tıbbi cihazla ilgili basınç yarası prevalansına yönelik bilgilerimiz sınırlıdır.

2009'da, Van Gilder ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada (2009); 86,932 akut bakım hastasında görülen basınç yarasının %9,1'inin (n=1631) tıbbi cihazdan kaynaklandığını göstermektedir. Araştırmaya göre basınç yarasının en yaygın görüldüğü uzuvlar; kulak (%20), sakral/ koksiks bölgesi (%17), topuk (%12) ve torakanterler (%10) olarak sıralanmıştır.²⁰ Türkiye'de yetişkin yoğun bakım ünitelerinde (n=175) yapılan tanımlayıcı ve prospektif çalışmada ise; tıbbi cihaza bağlı olmayan 27 hastada (%15.4), tıbbi cihaza bağlı 70 hastada ise (%40) oranında basınç yarası geliştiği saptanmıştır.¹⁹ Tıbbi cihaza bağlı basınç yarasını değerlendiren çalışma örnekleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Tıbbi cihaza bağlı basınç yarasını değerlendiren çalışma örnekleri

Yazarı/Yılı/Ülke	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Örneklem Büyüklüğü	Türü	Sonuç
Black ve ark., 2010/ ABD. ¹²	Hastanede Yatan Hastalarda Tıbbi Cihazla İlişkili Basınç Yarası	n: 2079	Kesitsel	Tıbbi cihaza bağlı basınç yarası oranı %34.5'dir. Cihaza bağlı hastalarda, başka bir alanda basınç yarası gelişme ihtimalinin 2-4 kat arttığı da belirtilmiştir.
Coyer ve ark., 2014/ Avustralya-Birleşik Devletler. ¹	Yoğun Bakımda Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yarasına Prospektif Bakış	n: 483	Çok merkezli, çapraz kesit	7 gün takip edilen farklı merkezlerde, tıbbi cihaza bağlı basınç prevalansı %3.1, basınç yarasına en çok neden olan cihazlar ise, endotrakeal tüp (7 kişi) ve nazogastrik tüp (8 kişi) olarak belirlenmiştir.
Hanönü ve Karadağ, 2016/ Türkiye. ¹⁹	Yoğun Bakım Ünitelerinde Tıbbi Cihazla İlgili Basınç Ülserlerinin Gelişiminde Hız ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi İçin Prospektif, Tanımlayıcı Bir Çalışma	n: 175	Prospektif, tanımlayıcı	70 (%40.0) hastada tıbbi cihaza bağlı hastane kaynaklı basınç yarası gelişmiştir. En sık endotrakeal tüpü olan hastalarda (%45.0) oranında meydana gelmiştir. En sık görülen (%42.6) evre 2 olmuştur.
Arnold-Long, Ayer ve Borchert, 2017/ ABD. ²¹	Uzun Süreli Akut Bakım Hastane Ortamında, Tıbbi Cihazla İlgili Basınç Yaralanmaları	n: 304	Retrospektif, betimsel	Uzun süreli akut bakım hastane ortamında üç merkezli yürütülen araştırmaya göre, cihaza bağlı basınç yarası sırasıyla, %38, %50 ve %47 oranındadır. Basınç yarası gelişme nedeni olarak en sık bildirilen tıbbi cihazlar; solunum cihazları, ateller ve tüplerdir. En sık görülen evre 2 (%38) olmuştur.
Kayser, Vangilder, Ayello ve Lachenbruch, 2018/ ABD-Kanada. ²⁰	Tıbbi Cihazlara Bağlı Basınç Yaralanmalarının Sıklığı ve Analizi: Uluslararası Basınç Ülseri Prevalans Anketi Sonuçları	n: 601	Retrospektif, analiz	Tıbbi cihaza bağlı basınç yarası en yaygın anatomik bölgeler kulaklar (%29) ve ayaklar (%12), en yaygın kullanılan cihazlar %26 nazal oksijen tüpleri; diğer %19, ateller %12 ve sürekli pozitif hava yolu basıncı/ bilevel pozitif hava yolu basıncı maskeleri %9 olarak saptanmıştır.

ÖNLEME

Tıbbi cihazların sağlığını akut ve kronik hastalık durumlarında sıklıkla kullanıldığı hastanelerde, kaliteli ve güvenli hemşirelik bakımında farkındalık yaratmak ve tıbbi cihaza bağlı basınç yarasını önlemenin önemi giderek artmaktadır. Uygun hemşirelik müdahaleleri ile cihaz kaynaklı basınç yarasının önlenmesi, bakım kalitesinin göstergelerindedir.¹⁶

Hastanın yaşam kalitesini etkileyen cihaz kökenli basınç yaralanmaları, aynı zamanda bakım maliyetlerini de artırmaktadır.^{6,8} Bunlar; artan bağımlılık ve hasta hassasiyeti ile ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri de tetiklemektedir.²² Hasta başına günlük basınç yaralanmalarına ilişkin tedavi masraflarının 1.7 – 470.5 €; bunların önlenmesine dönük maliyetlerin ise 2.6 – 87.6 € arasında değişkenlik gösterdiği öngörülmektedir.⁸

NPUAP, EPUAP ve PPPIA tarafından resmi fikir birliği süreci ile geliştirilen “Klinik Uygulama Rehberi”, tıbbi cihazların kullanımıyla ilgili basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi için ulusal standart olarak kabul edilmektedir. Kılavuz, özellikle riskli hastaların nasıl değerlendirileceğine, seçileceğine ve uyulacağına yönelik tavsiyeler içermektedir.

Kanıtların (A, B veya C derecelerini kullanarak) ve önerilerin güçlü yönlerini vurgulayan kılavuz, destekleyici kanıt seviyesinin yanı sıra klinisyenlerce oybirliğiyle belirlenmiş iyileştirici önerilerde bulunmaktadır.⁵

Sözü edilen öneriler arasında genel tema aşağıda özetlendiği gibidir:

- ✓ SEÇ: Bireyle uyumlu, doğru büyüklükte tıbbi cihaz seçilmelidir (Kanıt Düzeyi: B).
- ✓ DESTEKLE: Yüksek riskli alanlarda cilt, pansumanlarla korunmalıdır ve kaplanmalıdır (Örn. Burun köprüsü) (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ GÖZLEMLE: Cildin günde en az bir kez değerlendirilebilmesi amacıyla mobil cihazlar çıkarılmalıdır ve/veya hareket ettirilmelidir (Kanıt Düzeyi: C).

- ✓ KAÇIN: Cihazı, bulunduğu alana veya basınç yarasının bulunduğu bölgeye yerleştirmekten kaçınılmalıdır (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ EĞİTİM: Bakım personeli, cihazların doğru kullanımı ve cilt bozulmalarının önlenmesi konusunda eğitilmelidir (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ FARKINDA OL: Cihaz altındaki ödeme ve ciltteki bozulma potansiyeline dikkat edilmelidir (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ EMİN OL: Cihaz, yatacak veya immobil hastanın altına doğrudan yerleştirilmemelidir (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ Tıbbi cihazı olan tüm hastalar tıbbi cihaza bağlı basınç yarası için risk altında kabul edilmelidir (Kanıt Düzeyi: B).
- ✓ Herhangi bir tıbbi cihazın etrafındaki ve altındaki cilt, günde en az iki kez yaralanma bulguları açısından incelenmelidir (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ Hasta ödem riski taşıyorsa, lokalize ya da genelleşmiş ödem belirtileri gösteriyorsa cilt değerlendirmesi sık yapılmalıdır (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ Tıbbi açıdan en kısa sürede cihazla ilgili olası basınç kaynakları ortadan kaldırılmalıdır (Kanıt Düzeyi: C).
- ✓ Basıncı yeniden dağıtmak ve kesme gücünü azaltmak için hasta veya cihaz, yeniden konumlandırılmalıdır (Kanıt Düzeyi: C).^{4, 5, 10, 23}

SONUÇ

Tıbbi cihaza bağlı basınç yarasının önlenmesinde; risk değerlendirme, önleme ve yönetim ön plandadır. Hemşireler, tıbbi cihaza bağlı risk altındaki hastaları belirleme ve komplikasyonları önlemede önemli rol oynamaktadır. Öncelikle cihazların uygunluğu, gerekliliği ve güvenliği değerlendirilmelidir. Cihazların temas ettiği cilt ve mukoza devamlı surette gözlemlenmelidir. Akabinde duruma uyumlu sık değerlendirme ve gözlemlere dayanan kanıta dayalı önleme stratejileri

uygulanmalıdır. Bu noktada mesleki farkındalık, tıbbi cihaz kullanan akut ve kronik hastalarda olası yaraları önlemeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca sağlık

personeli farkındalığını artırmak ve önleme ve erken tanılama için esastır.

KAYNAKLAR

1. Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS. A prospective window into medical device related pressure ulcers in intensive care. *International Wound Journal* 2014;11(6):656-664.
2. Kim JY, Lee YJ. Korean Association of Wound Ostomy Continence Nurses. Medical device related pressure ulcer (MDRPU) in acute care hospitals and its perceived importance and prevention performance by clinical nurses. *International Wound Journal* 2019;16:51-61.
3. Johnson MB, Barnett C, Wand T, White K. Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability* 2017;26(2):246-253.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016) <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>. Erişim Tarihi: 26.03.2019.
5. Delmore BA, Ayello EA. CE: Pressure injuries caused by medical devices and other objects: A clinical update. *AJN The American Journal of Nursing* 2017;117(12):36-45.
6. Galetto SGS, Nascimento ERP, Hermida PMV, Malfussi LBH. Medical device-related pressure injuries: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019;72(2):505-512.
7. Black JM, Kalowes P. Medical device-related pressure ulcers. *Chronic Wound Care Management and Research* 2016;3:91.
8. Jackson D, Sarki AM, Betteridge R, Brooke J. Medical device-related pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2019;92:109-120.
9. Kopuz E, Karaca A. Evaluation of nurses' knowledge about risk monitoring and risk prevention for pressure ulcers. *Clinical and Experimental Health Sciences* 2019;9(2):157-165.
10. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
11. Makic MBF. Medical device-related pressure ulcers and intensive care patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2015;30(4):336-337.
12. Black JM, Cuddigan JE, Walko MA, Didier LA, Lander MJ, Kelp MR. Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *International Wound Journal* 2010;7:358-365.
13. Fletcher J. Device related pressure ulcers. *Wounds UK* 2012;8(2):1-4.
14. Dyer A. Ten top tips: preventing device-related pressure ulcers. *Changes. Wounds International* 2015;1(5):7-9.
15. Cooper KL. Evidence-based prevention of pressure ulcers in the

- intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2013;33(6):57-66.
16. Karadağ A, Hanönü SC, Eyikara E. A prospective, descriptive study to assess nursing staff perceptions of nad interventions to prevent medical device-related pressure injury. *Ostomy/ Wound Management* 2017;63(10):34-41.
17. Mehta C, Ali T, Mehta Y, George JV, Singh MK. MDRPU-an uncommonly recognized common problem in ICU: A point prevalence study. *Journal of Tissue Viability* 2019;28(1):35-39.
18. Padula CA, Paradis H, Goodwin R, Lynch J, Hegerich-Bartula D. Prevention of medical device-related pressure injuries associated with respiratory equipment use in a critical care unit. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2017;44(2):138-141.
19. Hanönü S, Karadağ A. A prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related pressure ulcers in intensive care units. *Ostomy/Wound Management* 2016;62(2):12-22.
20. Kayser SA, VanGilder CA, Ayello EA, Lachenbruch C. Prevalence and analysis of medical device-related pressure injuries: Results from the international pressure ulcer prevalence survey. *Advances In Skin & Wound Care* 2018;31(6):276.
21. Arnold-Long M, Ayer M, Borchert K. Medical device-related pressure injuries in long-term acute care hospital setting. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2017;44(4):325-330.
22. Gaspar S, Peralta M, Marques A, Budri A, de Matos MG. Effectiveness on hospital acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. *International Wound Journal* 2019;1-16.
23. Haesler E. Evidence summary: Pressure injuries: Preventing medical device related pressure injuries. *Wound Practice, Research: Journal of the Australian Wound Management Association* 2017;25(4):214-216.

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ TÜPÜ İLE BESLENEN HASTANIN HAZIRLIĞI, TAKİBİ VE TABURCULUK EĞİTİMİ

PREPARATION, FOLLOW-UP AND DISCHARGE TRAINING OF THE PATIENT FED WITH PERCUTANEOUS ENDOSKOPIC GASROSTOMY TUBE

Güldan KAHVECİ^a, Selda ÇELİK^b

ÖZ Yeterli ve dengeli beslenme insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Ağızdan yeterli ve dengeli beslenemeyen, gastrointestinal sistemi fonksiyonel olan hastalarda malnütrisyondan önlenmesi amacıyla enteral beslenme desteği sağlanır. Perkütan endoskopik gastrostomi oral alımı yeterli olmayan ancak gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan hastalarda enteral beslenmenin 4-6 haftadan uzun süreli olacağı düşünülüyorsa beslenme desteği sağlamak amacı ile karın duvarından mideye doğrudan girilerek tüp takılması işlemidir. Perkütan endoskopik gastrostomi uygulamalarında hasta ve ailesinin hazırlığı, işlemin başarılı bir şekilde sürdürülmesi, uyumunun sağlanması için eğitimli ve tecrübeli sağlık ekibinin olması son derece önemlidir. Hastanelerde nutrisyon destek ekibi/birimi içerisinde nutrisyon hemşiresi, diyetisyen, eczacı ve doktor görev almaktadır. Nutrisyon destek ekibi/birimi perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirilmesi kararı verildiği andan itibaren hasta ve ailesini yakından takip ederek bu sürecin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktadırlar. Bu derlemede; perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirme öncesi hazırlığı ve sonrasında bakımı, beslenme, beslenme ürünlerinin kullanımı, bakımı, hasta ve ailesinin taburculuk eğitimi yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Enteral beslenme, perkütan endoskopik gastrostomi, hasta ve ailesi eğitimi, bakım

ABSTRACT Adequate and balanced nutrition is defined as taking adequate nutrients and using them properly in the body, necessary for human growth, development, and healthy and productive life. In patients who cannot be fed enough and balanced orally and whose gastrointestinal system is functional, enteral nutrition support is provided to prevent malnutrition. Percutaneous endoscopic gastrostomy is the procedure of inserting a tube directly into the stomach through the abdominal wall to provide nutritional support in patients with an inadequate oral intake but normal gastrointestinal function. In percutaneous endoscopic gastrostomy applications, it is extremely important to have a trained and experienced healthcare team to prepare the patient and his family, to continue the procedure successfully and to ensure compliance. Nutrition nurse, dietitian, pharmacist and doctor work in the nutritional support team / unit in the hospitals. The nutritional support team / unit ensures that this process is maintained in a healthy way by closely monitoring the patient and his family from the moment the decision is made to place the percutaneous endoscopic gastrostomy tube. In this review; pre-placement of the percutaneous endoscopic gastrostomy tube before and after insertion, nutrition, use of nutritional products, care, discharge training of the patient and his family.

Key words: Enteral nutrition, percutaneous endoscopic gastrostomy, patient and family education, care

GİRİŞ

Yeterli ve dengeli beslenme insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır.¹ Yetersiz besin alımı ya da sindirilmiş besinleri kullanma ve absorbe etmede yetersizlik sonucu ortaya çıkan besin eksikliği durumu malnütrisyondan tanımlanır. Malnütrisyondan yara iyileşmesinde gecikme ve bozulma, bağışıklık sisteminde baskılanma, kognitif fonksiyonlarda gerileme ve genel olarak fonksiyonel kapasitelerde azalmaya neden olduğundan klinik tedavi ve izlemde önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenemeyen, gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonel

olan hastalarda malnütrisyondan önlenmesi amacıyla enteral beslenme (EB) desteği sağlanır.² EB'nin 4-6 haftadan uzun süreli olacağı düşünülüyorsa perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tercih edilir. PEG oral alımı yeterli olmayan ancak GİS fonksiyonları normal olan hastalara karın duvarından mideye doğrudan girilerek tüp takılması işlemidir. PEG tüpü yerleştirilmeden önce hastalarda tanı, prognoz, beklenen beslenme süresi olduğu kadar hasta ve yakınlarının isteği ve yaşam kalitesi üzerine etkisi düşünülmesi gereken konular arasında yer almaktadır. PEG tüpü özellikle nörolojik nedenlerle yutma bozuklukları, üst GİS neoplazmaları, politravma, uzun süreli mekanik ventilasyon ve orofarengial cerrahide

perioperatif dönemde takılma endikasyonları arasında yer alır.³ Cerrahi işlem gerektirmemesi, yoğun bakım hastalarında yatak başında hafif bir sedasyonla açılabilmesi ve düşük maliyetli olması gibi avantajları nedeniyle PEG günümüzde kullanılan en yaygın yöntemlerden birisidir.^{3,4} Literatürde işleme bağlı mortalite oranı %1'den daha az görülür. PEG tüpü yerleştirilmesinde kullanılan farklı teknikler ile deneyimli endoskopistler, düşük mortalite, komplikasyon prevalansı ile %99 başarı oranı elde etmişlerdir. PEG yerleştirme komplikasyonları minör ve majör olmak üzere sınıflandırılır. Majör komplikasyonlar %1-4 oranında minör komplikasyonlar ise %8-30 oranında bildirilmiştir. PEG tüpü bakımı dikkatli yapılırsa komplikasyonlar nadir görülür.^{3,4} Hastanelerde nutrisyon destek ekibi/birimi içerisinde hemşire, diyetisyen, eczacı ve doktor görev almaktadır. Nutrisyon destek ekibi/birimi PEG tüpünün yerleştirilmesi kararı verildiği andan itibaren hasta ve ailesini yakından takip ederek bu sürecin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktadırlar. Nutrisyon destek ekibi/birimi PEG tüpünden beslenme, beslenme ürünlerinin kullanımı, pansumanı, oluşabilecek komplikasyonlar ve komplikasyonların yönetimi ile hasta ve ailesinin eğitimi konusunda bilgi sahibi olmaları hastanın bakım sürecinde önemli katkı sağlayacaktır.

Bu derlemede; PEG tüpünün yerleştirme öncesi hazırlığı ve sonrasında bakımı, hasta ve ailesine PEG tüpünden beslenme, beslenme ürünlerinin kullanımı ve PEG pansumanı eğitimi konuları ele alınmıştır.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Endikasyonları

Perkütan endoskopik gastrostomi yerleştirmesinin endikasyonları arasında; beyin travması, üst solunum yolu operasyonu, baş/boyun tümörleri, nörolojik hastalıklara bağlı disfajiler, sindirim sistemi obstrüksiyonları, uzun süreli koma hali, çoklu travma, aspirasyon pnömonisi yer alır. Bunlara ek olarak ilerlemiş abdominal maligniteye bağlı kronik gastrointestinal tikanıklarda, gastrointestinal stenoz ya da ileus varlığında dekompresyon amaçlı PEG

uygulanabilmektedir.^{5,6} Yoğun bakım hastalarında endikasyonlar ise travma, yanıklar, kafa travması, büyük cerrahi girişimler ve akut pankreatit dahil olmak üzere enteral beslenme daha çok tercih edilmektedir.⁷

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Kontrendikasyonları

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirilmesinin kontrendikasyonları; karın ön duvarında lezyon varlığı, koagülopati, geçirilmiş batın operasyon öyküsü, hepetomegali, splenomegali, asit, peritonit, gastrik translüminasyonu engelleyecek derecede şişman hastalarda, periton diyalizi, obstrüktif orofaringeal veya özefageal malignite, peritonitis karsinomatoza, gastrik varislerle portal hipertansiyon ve önceki parsiyel gastrektomi varlığıdır.^{3,4,9} Ayrıca PEG tüpü yerleştirildikten sonra 30 günden fazla yaşam süresi beklenmeyen hastalar içinde kontrendikedir.³ Ayaktan gelen, servis ve yoğun bakım hastanında antikoagülan veya antiplateletlerinin (warfarinin PEG prosedüründen 3-5 gün önce kesilmesini ve yüksek tromboembolik komplikasyon riski nedeniyle düşük moleküler ağırlıklı heparin (LMWH) veya fraksiyone olmayan heparin (UFH) ile geçilmesi önerilmektedir. Düşük moleküler ağırlıklı heparinler, PEG takılmadan az 8 saat önce kesilmelidir; UFH infüzyonu, PEG'den 4-6 saat önce kesilmeli klopidogrel veya tiklopidin alan hastaların bu ilaçların PEG yerleştirilmesinden 7-10 gün önce kesilmesini önermektedir. Aspirin ve diğer nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlarla ilgili olarak, hasta önceden varolan kanama hikayesi olmadığında bu ilacı alırken endoskopik prosedürler uygulanabilir.⁹

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Teknikleri

Perkütan endoskopik gastrostomi yerleştirilmesi için Push (Sacks-vine), Pull (Ponksy) ve Introducer (Russell) olmak üzere çeşitli teknikler vardır.^{3,4}

Push (Sacks-vine, itme); mide içine klavuz bir tel yerleştirilir ve ağız yoluyla endoskop ile çekilir. Beslenme tüpü klavuz tel

üzerinden mideye ve ponksiyon bölgesinden içeri itilir.

Pull (Ponksy, çekme); abdominal duvardaki bir iğneden mide içine, endoskopik biyopsi forsepsi ile tutturularak özefagus ve ağız yoluyla çıkarılır. Ardından besleme tüpünün dış ucuna sabitlenir ve tüp ağızdan yemek borusuna, mideye ve sonra karın duvarından dışarı çekilir.

Introducer (Russell); endoskop kullanılarak balon tipi tüp direk karın duvarından klavuz yardımıyla sokularak yerleştirilir. Tüp balonunun 5 ml serum fizyolojik ile doldurulmasıyla sabitlenir.^{3,9-13}

Hastanın Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü Yerleşimi İçin Hazırlanması

Bilgilendirilmiş onam; hastaya PEG tüpü yerleştirilmeden önce PEG tüpü ile beslenmesinin yararları ve bakımı hakkında bilgi vererek bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Bilgilendirilmiş onam vermek için gerekli zihinsel kapasiteye sahip olmayan hastalarda (inme, demans vb.) hasta yakınlarından onam alınmalıdır.^{3,9} Yoğun bakım hastalarında onam yasal vekil karar vericilerden alınmalıdır.³

Hasta hazırlığı; hasta ya da yasal karar vericiden işlemden 24 saat önce yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmış olmalıdır. İşlemden önce hasta en az 6 saat aç bırakılmalıdır. Hemogram ve kanama pıhtılaşma parametreleri değerlendirilmelidir. Proton pompa inhibitörleri (PPI) ve H₂ blokörleri iki gün öncesinden kesilmelidir. Hastanın almaması gereken ilaç, özellikle antikoagülan veya antiplatelet kullanımı sorgulanmalıdır. Septik komplikasyonların önlenmesi amacıyla işlem öncesi venöz damar yolu açılarak 30 dakika öncesinde geniş spektrumlu antibiyotikler uygulanmalıdır. Erkek hastalarda özellikle göbek çevresi gerekirse PEG tüpü yerleştirilmeden önce traş edilmeli ve bir dezenfektanla silinmelidir. Protezler çıkarılmalı ve gerekirse oral sekresyonlar aspire edilmelidir.^{3,9,14}

Perkütan endoskopik gastrostomi seti hazırlığı; PEG yerleşiminde kullanılan malzemeler aynı zamanda PEG seti olarak da adlandırılmaktadır. Bu set içerisinde

gastrostomi tüpü, beslenme ara parçası, sabitleyici parça, trokarlı ponksiyon iğnesi (bir kanül ve içinde kolayca oynatılabilen bir stileden ibaret olan, stilenin sivri olan ucu kanülü aşan ve sapları avuç içinde kavranılarak yumuşak dokuları delmeye, vücuttan sıvı boşaltmaya yarayan aygıt), iplik, bistüri ve enjektör hazır olarak bulunmaktadır. Bu malzemelere ek olarak gerektiğinde sekresyonları aspire etmek için aspiratör ile birlikte sedasyon, analjezi ve lokal anestezi için ilaç, antiseptik solüsyon, steril spanç ve bant bulunmalıdır.^{9,15}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Yerleştirilmesi

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün yerleştirilmesi genellikle iki endoskopist/gastroenterolog, anesteziist ve bir hemşire olmak üzere dört kişilik bir ekip tarafından yatan ve ayaktan gelen hastalar endoskopi ünitesinde, yoğun bakım hastalarında yatak başında yapılır.^{5,9}

PEG yerleşiminde işlem basamakları;

- ☞ Supine (sırtüstü) pozisyonu verilir.
- ☞ Yoğun bakım hastaları sürekli münitörizasyon ile takip edilmektedir. Ayaktan gelen ve yatan hastalar monitörize edilmeli ve nazal kanül ile oksijen verilmelidir.
- ☞ Pull ve push tekniklerinde endoskop (kamera) ile hastanın ağzından girilerek mideye geçirilir.
- ☞ Pull ve push tekniğinde görüntüyü netleştirmek için mide hava ile şişirilir ve şişirme ile mide duvarını anterior karın duvarına yaklaştırır.¹⁶
- ☞ Endoskop ışığı cilt boyunca midede parlar; bu süreçte odadaki ışıklar hafif karartılır.
- ☞ Endoskopi ışığı yardımıyla mide pozisyonu belirlenir. PEG tüpünün yerleştirme bölgesi, hematoma oluşumunu ve rektus kas bölümlerindeki enfeksiyonları önlemek için medyan çizgide (linea alba) bulunur.⁹
- ☞ Karın duvarı aseptik olarak hazırlanır ve steril delikli örtü ile örtülür.¹⁵
- ☞ Ciltte belirlenen alana lokal anestezi yapılır.^{9,15}

- ❏ Küçük bir kesi yapılır.
- ❏ Perkütan endoskopik gastrostomi yerleştirileceği yerde cilde (mideye) bir iğne sokulur.⁹
- ❏ İşleme gastroenterolog tarafında hastaya göre teknik tercih edilerek devam edilir.
- ❏ Pull tekniği; endoskopi sonrası, PEG tüpü karın duvarından ekli kılavuz teli ile çekilir.
- ❏ Push tekniği; endoskopi sonrası, PEG tüpü kılavuz tel üzerinden karın duvarından itilir.
- ❏ Intaraducer tekniği; endoskopiden sonra, karın duvarında mideye bir PEG tüpü yerleştirilir.⁹
- ❏ Gastrostomi tüpünün tespiti ve doğrulanması ile PEG tüpü yerleştirme işlemi gerçekleşmiş olur.^{10,17}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Yerleştirilmesi Sırasında Gelişebilecek Komplikasyonlar;

kardiyopulmoner problemler, aspirasyon, hemoraji, jeneralize peritonit, yara enfeksiyonu ve perforasyondur.^{14,18}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Yerleştirilmesi İşleminin Sonra Hasta Bakımı

Ayaktan gelen hastalar, yoğun bakım ve servis hastaları için perkütan endoskopik gastrostomi işleminden sonra hasta en az 6 saat süreyle yatak istirahatine alınmalıdır. Yaşam bulguları ilk 3 saat her 15 dk bir takip edilmeli, yaşam bulguları stabil ise 3 saat boyunca 30 dk bir, sonraki 12 saat 6 saatte bir izlenmelidir. Ayrıca abdominal ağrı ve mide bulantısı, ateş ve pansuman yerinde kanama açısından takip edilmelidir. Ayaktan gelen hastalarda komplikasyonların ortaya çıkması durumunda en az 6 saat süreyle periferik venöz giriş çıkarılmamalıdır.^{9,19} Ayrıca, hastanın kanama takibi yapılmalı, yaşam bulguları sık aralıklarla ölçülmelidir, hekim istemine göre sıvı takılmalıdır.^{20,21} Özellikle abdominal ağrının kontrolü için PEG tüpü yerleştirildikten sonra hastanın ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Ağrının niteliği, şiddeti ve tetikleyen faktörler sorgulanmalıdır. Ağrı skalasına göre ağrının şiddeti

değerlendirilmelidir. Ağrı oluşumunu önlemek için hastaya rahat edebileceği pozisyon verilmelidir ve ağrı azaltan durumlar belirlenmelidir (dikkati başka yöne çekme, gevşeme teknikleri). Hekim istemine göre analjezik uygulanmalı ve uygulandıktan 30 dakika sonra hastanın ağrısı sorgulanmalıdır.^{3,21}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Bakımı

Ayaktan gelen hastalar için perkütan endoskopik gastrostomi tüpü yerleştirildikten sonraki gün ilk pansumanı değiştirilmelidir. PEG tüpünün giriş yeri iyileşinceye kadar ilk 1 hafta pansuman günlük yapılmalı, sabun ve suyla günlük içten dışarı doğru hafifçe silinmeli, durulanmalı ve kurulanmalıdır. PEG tüpünün giriş yeri granüle olduktan sonra 2-3 günde bir sabun ve suyla silinmeli, durulanmalı ve kurulandıktan sonra açık bırakılmalıdır.^{4,9} Ülkemizde yoğun bakım hastalarında gastrostomi tüpü bakımında kullanılan ürünler (%10 povidon iyot solüsyon, serum fizyolojik) bakımından hastanelerde farklılıklar mevcuttur.²² Hidrojen peroksit veya parfümlü alkol bazlı sabunlar kullanılmamalıdır. Dış desteğin aşırı sıkı olmamasına dikkat edilmelidir.⁸ Yüzeydeki deri enfeksiyonuna yol açabilecek şekilde cildin tahriş olmasına ve yumuşamasına neden olabileceğinden, tüpün etrafındaki krem ve pudraların kullanımından kaçınılmalıdır. Her pansuman işleminde plaka 360 derece saat yönünde günde 1 kez döndürülmelidir. Nemli kalmaması için plakanın altına ince olacak şekilde spanç yerleştirilmesi önerilmektedir. İlk haftalar PEG tüpüne baskı yapmaması için hastanın gevşek giysiler giymesi önerilmelidir. Stoma etrafında kızarıklık yok ise bir hafta sonra hasta ilk banyosunu yapabilir.^{3,9} PEG tüpü konumu günlük olarak kontrol edilmelidir. Tüpün karından çıkış noktası olarak yapılandırılan silinmez işaretli kullanılması önerilir. İşaretli yerin değişmesi tüpün çıktığını gösterir.³ PEG yerleştirildikten 4 saat sonra hastanın beslenmesine başlanabilmektedir. Serbest drenaja alınmasına gerek yoktur.¹⁹

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Aracılığıyla Beslenme ve İlaç Uygulaması

Hastaların ihtiyacı olan kalori miktarı Harris-Benedict ya da Schofield formülleri kullanılarak hesaplanır.^{23,24}

Harris-Benedict Formülü;

A = Ağırlık, B= Boy, Y: Yaş, BET: Bazal enerji tüketimi, BMH: Bazal metabolizma Hızı,

TET: toplam enerji tüketimi

$$\text{BMH (Erkek)} = 66 + (13.70 \times A) + (5 \times B) - (6,80 \times Y)$$

$$\text{BMH (Kadın)} = 655 + (9.56 \times A) + (1,8 \times B) - (4,68 \times Y)$$

Bazal metabolizma hesaplandıktan sonra toplam enerjinin hesaplanması için Tablo 1'de verilen faktörlerin eklenmesi gerekmektedir (TET = (BET) x (AF) x (HF) x (TF)).⁴

Tablo 1. Harris-Benedict formülünde kullanılan parametreler

AKTİVİTE FAKTÖRÜ (AF) FAKTÖR(TF)	HASTALIK FAKTÖRÜ(HF)	TERMAL
Yatakta hareketsiz 1,2	Basit açlık 0,85	Politravma 1,5
Yatakta hareketli 1,25	Postoperatif 1,1	Travma+sepsis 1,6
Ayakta 1,3	Kırık 1,2	Hafif yanık 1,7
	Sepsis 1,3	Ağır yanık 2,0
	Peritonit 1,4	

Schofield Formülleri (Yaş gruplarına göre);

18-30 yaş

Erkek; $17,5 \times (A + 651)$

Kadın; $12,2 \times (A + 746)$

30-60 yaş

Erkek; $11,6 \times (A + 879)$

Kadın; $8,7 \times (A + 829)$

>60 yaş

Erkek; $13,5 \times (A + 487)$

Kadın; $10,5 \times (A + 586)$

Hasta beslenme sırasında veya ilaç alırken yatağın başı 30-45 derece oturur pozisyonda olmalıdır. En az 1 saat kadar bu pozisyonda kalması sağlanır.³ EB'nin sağlanması, besleme süresine ve hastaların durumuna bağlı olarak bolus, sürekli pompa infüzyonu ve yerçekimi infüzyonu gibi farklı beslenme yöntemleri ile uygulanabilmektedir.^{25,26}

Bolus beslenme; fizyolojik beslemeye uygun bir yöntemdir. EB ürünü enjektör ile belirlenen miktarda yavaşça uygulanmalıdır. Günde alması gereken kalori miktarı eşit miktarlara bölünerek (100-400 mililitre), 6-8 defa, 5-10 dakikada verilecek şekilde uygulanır. EB ürününün verilme hızı dakikada 30 mililitreyi geçmemelidir. Diyabetli ve gastrik

boşalması değişmiş hastalarda kullanımı uygun değildir.^{4,12,35}

Aralıklı beslenme; günlük alması gereken kalori miktarı beslenme saatlerine eşit bölünerek 3 saatlik beslenme sonrası 2 saat dinlenme şeklinde toplamda 8-16 saatte verilmelidir. Hareketli olan hastalarda aralıklı besleme uygundur.^{4,12}

Gece boyunca beslenme; gündüz özgür bırakmak için beslenme ürünü, gece boyunca 8-12 saatte verilir. Gündüz çalışan kişilerde ve isteğe bağlı kullanımı uygundur.^{4,12}

Devamlı beslenme; enteral beslenme pompası ile beslenme ürünü, ara verilmeden 20 saate kadar uygulanabilmektedir. Beslenmeye 20-50 ml/saat ile başlayarak, hedef miktara 2-3 günde ulaşılmalıdır. Beslenme pompaları elektrik ile çalışmakta olup, yedek bataryaları olan pompalar da mevcuttur.^{4,12}

Beslenme sırasında dikkat edilmesi gereken konular; PEG yerleştirildikten 4 saat sonra hastanın beslenmesine başlanır.^{19,27} PEG tüpünden beslenmeye başlarken verilecek beslenme ürünü miktarı 20-50 ml saatte olacak şekilde ve kalori miktarı günlük %10-15 oranında artırılarak, 2-3 günde hedef doza ulaşılmalıdır.^{9,12} Aksi halde birden aşırı beslenmeyle ortaya

çıkabilecek hormonal ve metabolik değişiklikler sebebiyle hastada Refeeding Sendromu (RS) görülebilmektedir. RS'nun başlıca klinik özellikleri arasında sıvı dengesi bozuklukları, anormal glukoz metabolizması, hipofosfatemi, hipomagnezemi, hipokalemi ve vitamin-tiamin eksikliği bulunmaktadır. Bu özellikler kalp yetmezliğine, kardiyak aritmilere, nöromusküler semptomlara, hematolojik disfonksiyona ve 6–8 saat gibi kısa bir sürede hastanın ölümüne neden olabilmektedir.²⁸ Aralıklı beslemeden önce ve sonra ve gastrik rezidüel volüm (GRV) sonrası besleme tüpleri her 4 saatte bir en az 30 ml su ile yıkanmalıdır.²⁹ Açılmış beslenme ürünü buzdolabında 24 saat içinde kullanılmalı, oda sıcaklığında 4 saatten fazla durmamalı ve bu süreden sonra kullanılmayan beslenme ürünü atılmalıdır.³⁰ Beslenme setleri 24 saatte bir değiştirilmelidir. PEG tüpünden ilaç, enteral beslenme ürünü ve su dışında bir şey verilmemelidir.⁴ Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Birliği (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2016 [ASPEN]) hastalarda gastrik rezidüel volüm bakılmasını önermemektedir. GRV bakılan hastaneler için tolerans belirtilerinin (fizik muayene, gaz ve gaita çıkışı, radyolojik değerlendirmeler ve ağrı ya da abdominal distansiyon) yokluğunda GRV'ler için <500 ml tutulması hastaların EB toleransı için günlük olarak izlenmesi gerektiğini önermektedir. EB'nin uygun olmayan şekilde kesilmesinden kaçınılması, infüzyon hızının düşürülmesini önermektedir.^{5,8} Mide bulantısı, reflü, abdominal distansiyonu olan hastalarda ilk 48 saat; aralıklı EB uygularken her bir

bolustan önce, sürekli EB'de ise her 4 saatte bir GRV izlenmelidir. Kalan hacim 500 ml'den az ise EB'yi durdurulmamalı, beslenme hızı azaltılarak beslenmeye devam edilmesi ve her 6-8 saatte bir GRV'ü izlenmelidir.⁸ EB ürünü veya ilaç uygulamasından önce ve sonra, tüpte oluşabilecek tıkanıklığı önlemek için 30 ml su verilmelidir. Bir sıvı kısıtlaması yok ise 50 ml'den fazla da su verilebilir. Bolus ve aralıklı beslenmede her beslenme öncesi ve sonrası en az 50 ml su, devamlı beslenme durumunda her 4-6 saatte bir en az 50 ml su verilmelidir.⁹

İlaç uygulama sırasında bilinmesi gerekenler; hastanın kullandığı ilaçlar toz haline getirilip 5-30 ml içme suyunda seyreltilmelidir. İlaçlar karıştırılmamalı ve varfarin, fenitoin, ve alüminyum içeren antiasitler beslenmeyle birlikte verilmemelidir. Ayrıca her ilacın ilavesinden önce ve sonra en az 15 ml su ile yıkanmalıdır.³² Enterik kaplı ilaçlar ezilmemelidir; çiğnenebilir dil altı tabletlerin PEG tüpü aracılığıyla uygulanması önerilmemektedir. Sert jelatin kapsüller açılarak içindeki içme suyu ile karıştırılmalıdır. İlacın biyoyararlanımının değişimini önlemek için beslenmeden 30 dakika önce veya sonra olacak şekilde ilaçlar verilmelidir.^{9,31}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Komplikasyonları

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü yerleştirilirken ve yerleştirildikten sonra görülen komplikasyonlar minör ve majör komplikasyonlar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Tablo 2).^{4,9}

Tablo 2. Perkütan endoskopik gastrostomi komplikasyonları

Minör komplikasyonları	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Periostomal enfeksiyon ❖ Periostomal sızıntı ❖ Pnömoeritoneum ❖ GİS kanama ve ülserasyon ❖ Tüp tıkanıklığı
Majör komplikasyonları	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nekrotizan fasiit ❖ Buried bumper sendromu ❖ Kolokütanöz fistül ❖ Pulmoner aspirasyon

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpünün Çıkarılması ve Değiştirilmesi

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpünün kullanım süresi 6 aydır. Bu süre PEG tüpünde herhangi bir komplikasyon görülmez ise 12-18 ay kullanılmaktadır. PEG tüpü zamanla hastanın genel durumunun düzelmesi ve oral alımın yeterli ve güvenli bir düzeye gelmesi durumunda çıkartılabilmektedir. Hasta ve bakım vericisine PEG tüpünün kullanım süresi ve evde yanlışlıkla çıkması durumunda acil endoskopi ünitesine hastanın getirilmesi konusunda bilgi verilmelidir. Endoskopi ünitesine erken erişimin mümkün olmadığı veya gerekli ekipmanın bulunmadığı durumlarda, gastrik lümende şişirilmiş balonlu foley tipi bir kateter ile açıklığı korumak ve hastanın sürekli beslenmesini ve hidrasyonunu sağlamak için kullanılabilir.^{9,32}

Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü ile Beslenen Hasta ve Ailesinin Taburculuk Eğitimi

Perkütan endoskopik gastrostomi işlemi ve sonrasında bakımı, hasta ve yakını için oldukça zordur. Hastanın ve bakım vericilerin eğitim programına aktif bir şekilde katılması öğrenmeyi kalıcı hale getirir. Bu durumda hemşireler hasta ve ailesi ile iş birliği yaparak korku ve endişelerini gidermeli, bakım sürecine onları da dahil etmelidir.³³ Uygulanan eğitimin amacı ve hedefleri gastrostomi bakımı, ağız bakımı, perkütan endoskopik gastrostomi aracılığıyla evde beslemeyi anlatarak görsel, yazılı ve uygulamalı eğitimi kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

Bu hedefler doğrultusunda gastrostomi bakımı, ağız bakımı, perkütan endoskopik gastrostomi aracılığıyla evde besleme kapsayacak içerik planlanmalıdır. Gastrostomi bakımına ilişkin uygulamalar anlatılarak, uygulamalı gösterilerek (kendisine uzman denetiminde yaptırılarak) ve görsel/işitsel teknolojilerden yararlanılarak öğretilmelidir. Bu uygulamalar nutrisyon hemşireleri ve bu konuda eğitim almış sağlık personelleri tarafından bakım vericinin uygulamaları sırasında değerlendirilerek eğitim tamamlanmalıdır.

Gastrostomi bakımı; hasta, aile ya da bakım vericisine gastrostomi bakımı; ilk 1 hafta stoma giriş yeri iyileşinceye kadar günlük sabun ve su ile yapması, içten dışa doğru silmesi, durulması ve kurulması ve her pansumanda gömülü tampon sendromunu önlemek stoma giriş yerini 1-2 cm mideye itilerek 360 derece saat yönünde çevirmesi, 1 haftadan sonra pansumanın, 3 günde bir yapılması ve PEG giriş yeri açık bırakılması gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın sıkı giysiler giymemesi gerektiği ve 1 hafta sonra duş yapabileceği anlatılmalıdır. Pansuman yapılırken enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, koku, akıntı, ateş) gözlenirse en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Beslenme setleri günlük değiştirilmeli ve beslenme ürünü açıldıktan sonra oda ısısında 4 saat durabildiği sonra bitmese de kullanılmaması, buzdolabında 24 saat durabildiği, beslenme ürünü soğuk vermemesi gerektiği anlatılmalıdır. PEG tüpünün kullanım süresinin 6 ay olduğu, problem olmadığı sürece 12-18 aya kadar kullanılabilirliği anlatılmalıdır. Hastanın

kaza ya da bilerek tüpü çıkardığı zaman hemen sağlık kuruluşuna getirmesi gerektiği anlatılmalıdır.^{8,9,12,17,29}

Ağız bakımı; ağız içi günde 3 kez değerlendirilir. Şiddetli mukozit varsa 4 saatte bir lezyonlar, ağrı, renk görünüm ya da aşırı kanama yönünden değerlendirmesi anlatılmalıdır. Dişler günde 4 kez fırçalanmalı, protezleri varsa günlük çıkarılmalı ve temizlenmelidir. Stomatit şiddetli ise protezler takılmaması gerektiği anlatılmalıdır. Aspirasyon riski yüksek olan hastalar günde 2 kez klorheksidin ile ağız bakımı yapması anlatılmalıdır. Ağız içinde kabuklanma mevcut ise 200 ml ılık su içinde 1 çay kaşığı sodyum bikarbonat kullanılarak ağız içinde çalkalanmalı ve ağız içi içme suyu ile çalkalanması gerektiği anlatılmalıdır. Bilinçsiz hastada ağız bakım seti (diş fırçası ve %2 klorheksidin) ile yapması ve dudaklara her 2 saatte bir gerektiğince nemlendirici sürmesi anlatılmalıdır.²⁰

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü aracılığıyla evde beslenme; beslenme sırasında gerekli olan malzemelerin (gavaj enjektörü, beslenme ürünü, eldiven, içme suyu, beslenme pompası ve seti) neler olduğu anlatılmalıdır ve temin edilmesi sağlanmalıdır. Beslenmeden önce eller yıkanmalı ve malzemeler hazırlanmalıdır. Hasta en az başı 30-45 derece kalkacak şekilde oturur pozisyonda olması gerektiği anlatılmalıdır. Her beslenme ürünü verilmeden önce tüpün konumu (PEG tüpünün giriş yerinin numarası) doğrulanmalıdır.¹⁹ Enjektör ile beslenme ürünü verilecekse, eldiven giyilip enjektör pistonunu çıkarılıp, PEG ucuna enjektör takılarak içine su istenilen miktar kadar doldurulup, PEG tüpünün üstündeki klemp açılmalı ve suyun yer çekiminin etkisiyle akışı sağlanmalıdır. Bitince klemp kapatılmalı ve beslenme ürünü aynı şekilde verilip sonrada su aynı şekilde verilmesi gerektiği ve klemp kapatılıp, enjektör çıkarılıp ve tüpün ucu kapatılması anlatılmalıdır. Hastanın en az bir saat bu pozisyonda durması gerektiği anlatılmalıdır. Beslenme işlemi hızlı verildiğinde bulantı-kusma yapacağından yavaşça verilmesi gerektiği anlatılmalıdır.

Beslenme infüzyon şeklinde verilecek ise; hasta en az başı 30-45 derece kalkacak şekilde oturur pozisyonda olması gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın dekübit oluşumunu önlemek için başı 30-45 derece olacak şekilde sol yan ve sağ yan yatış pozisyonda da beslenmenin yapılacağı konusunda bakım verici bilgilendirilmelidir. Hastanın tüpün konumu doğrulanıp, istenilen miktar kadar (ürün 4 saatten fazla sette kalmayacak şekilde) EB ürünü konulup, set pompaya yerleştirilmeli, setin havası çıkarılıp PEG tüpünün ucuna takılıp, klemp açılmalı ve akış hızı ayarlanmalıdır. Tüpün tıkanmaması için istenilen miktarda su 4 saatte bir verilmesi uygulamalı olarak gösterilmelidir.^{4,17,29,30} Enjektör ile aralıklı ya da bolus beslenmede beslenme ürünü vermeden önce ve sonra en az 30 ml su ile tüp yıkanması, pompa ile besleniyorsa her 4-6 saatte bir su verilmesi gerektiği anlatılmalıdır. İlaçlar toz haline getirilip içme suyunda seyreltilmeli, birden fazla ilaç karıştırılmamalı ve EB ürününe ilaç eklenmemeli, her biri 5-30 ml su ile seyreltilmeli, her ilacın ilavesinden önce ve sonra en az 15 ml su ile yıkanmalıdır.^{9,17} Hastanın tolerasyon belirtileri var ise GRV bakmaması gerektiği, mide bulantısı, reflü, karında şişkinlik olduğunda aralıklı ve bolus beslenmede beslenme öncesi, sürekli infüzyonda ise beslenme sırasında 6-8 saatte bir GRV bakması gerektiği anlatılmalıdır. GRV bakılması; boş enjektörü PEG tüpünün ucuna takıp yavaşça çekilmelidir. Enjektörde takılma hissettiği zaman işleme devam etmemesi, gelen miktar 500 ml den az ise beslenmeye devam etmesi gerektiği 500 ml den fazla ise beslenme hızını ve miktarını azaltması gerektiği anlatılmalıdır.⁸ Hasta da uzun süreli veya şiddetli ağrı, beslenmede sırasında ağrı varsa veya gastrik dış sızıntı içeriği, enfeksiyon belirtileri olduğunda en yakın sağlık kuruluşuna gitmesi konusunda eğitim anlatılmalıdır. PEG işlemi sonucunda hastada beden imajı ile ilgili değişiklik ortaya çıkabilir. Bu durumda kendisi hakkında hissettiklerini, düşüncelerini, kendine bakış açısını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli (inkar, sessiz kalma, korku), duygu ve düşüncelerini açıklaması için uygun ortam sağlanmalıdır.

Aynı zamanda etkisiz baş etme gözlenebilir. Bireyin mevcut baş etme durumu değerlendirilip, hastanın geçmişte kullandığı etkili baş etme mekanizmaları kullanılması için teşvik edilmelidir. Stres kontrol teknikleri öğretilmelidir (hayal kurma, solunum egzersizleri). Benzer deneyimi olan hastalarla paylaşma fırsatı verilmelidir. Gerekli durumlarda hasta ve/veya ailesinin psikolojik destek alması sağlanmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü uzun süreli enteral beslenme için güvenli, pratik, etkili bir yöntem olup, sıklıkla tercih

edilmektedir. PEG tüpünün uzun süreli etkin bir şekilde kullanılması bu konuda bilgili ve deneyimli sağlık personelinin hasta ve/veya ailesine eğitimi etkin bir şekilde yapması ve bu hastaların taburcu edildikten sonra da takibinin yapılması ile mümkündür. Hastaya PEG tüpünün takılması kararı verilmesi ile birlikte hastanın düzenli takibinin yapılması ve ailesi ile birlikte eğitimin verilmesi hasta ve/veya ailesinin PEG tüpüne uyumunun artmasına, komplikasyonların önlenmesi ile birlikte bakım sürecinde yakınlarının bakım yükünün azaltılmasında önemli katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Özbaş S, Uskun E, Küçüksoku B, Hocoğlu Ü, Akalın S, Özbaş H. Eğitilebilir zihinsel engelli çocukların besin tüketim kayıtlarına göre beslenme durumları. Akademik Gıda. 2018;6(2):192-6.
2. Bayır H, Tekelioğlu ÜY, Koçoğlu H, Akkaya A, Demirhan A, Bilgi M. ve ark. Açık kalp cerrahisinde malnütrisyon oranları ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması. GKDA Derg. 2014;20(4):209-14.
3. Azar AR, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. World J Gastroenterol. 2014;20(24):7739-51.
4. Sobotka L. ed. Klinik nütrisyon temelleri. Çev. ed. Gündoğdu RH. Ankara: Bayt Yayın; 2017.s: 314-6.
5. Alper E, Baydar B, Arı FÖ, Buyraç Z, Kırıcı A, Aslan F ve ark. Perkütan endoskopik gastroenterostomi uygulama deneyimlerimiz: Endikasyon ve komplikasyonlar. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2009;8(2):74-6.
6. Block B. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi eğitim el kitabı. Çev. ed. Ünsal B. İzmir: İzmir Güven Kitapevi; 2009.
7. McClave SA, DiBaise JK, Mullin EG, Martindale RG. ACG Clinical guideline. nutrition therapy in the adult. Am J Gastroenterol. 2016;111:315-34.
8. McClave SA, DiBaise JK, Mullin EG, Martindale RG. "ACG clinical guideline. Nutrition therapy in the adult", Am J Gastroenterol. 2016; 111(3); 315-34.
9. Frigal-Ruiz AB, Lucendo A. Percutaneous endoscopic gastrostomy. A Practical overview on its indications, placement conditions, management, and nursing care. Gastroenterology Nursing. 2015;38(5):354-68.
10. Sharma RS, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczuk JJ, Martin ND, Hoey BE, et al. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (peg) tubes. A Comprehensive clinical review. J Gastrointestin Liver Dis. 2007;16(4):407-18.
11. Koçak E, Filik L. Perkütan endoskopik gastrostomi. Endoskopi Dergisi. 2009;17(3): 124-7.
12. Blumenstein I, Shastri YG, Stein J. Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. Dünya J Gastroenterol. 2014;20(26):8505-24.
13. Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee H et al., "Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion", BMC Gastroenterology. 2018; 18(1); 101.

14. Nadir I, Türkay C. Uzun Süreli Enteral beslenmede etkili ve güvenilir yaklaşım: perkütan endoskopik gastrostomi. *Güncel Gastroenteroloji*. 2011;15/2.
15. Vargün R, Fedakar M, Yağmurlu A. Perkütan endoskopik gastrostomi: açık cerrahiye minimal invaziv bir alternatif. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*. 2006;20(2):95-7.
16. Tekin A, Küçükkartallar T, Belviranlı M, Aksoy F, Vatansev C, Çakır M. The Percutaneous endoscopic gastrostomies that are performed in endoscopic unit of general surgery. *Laparosc Endosc Surg Sci*. 2006;13(3):119-25.
17. Malhi H, Thompson R. "PEG tubes: Dealing with complications." *Nursing Times*, 2014,110(45):18-21.(<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition/peg-tubes-dealing-wit-complications-> Erişim tarihi: 08.12.2019).
18. Demiryılmaz İ, Yılmaz İ, Albayrak A, Şahin A, Sekban N. Uzun süreli enteral beslenmede perkütan endoskopi tüp gastrostomi kullanımı. *Sakaryamj*. 2012;2(3):122-5.
19. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Fernando L. et al. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018;45(4):326-34.
20. Carpentoy-Moyet LJ. Ed. Hemşirelik tanıları el kitabı. Çev. ed. Erdemir F. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi; 2012.
21. Hucl T, Spicak J. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Clinical Gastroenterology*. 2016;30(5):769-81.
22. Kahveci G, Dağcı S, Atalay R. Perkütan endoskopik gastrostomide hipergranülasyon dokusu bakımına farklı bir bakış: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Endoskopi Gastrointestinal*. 2019;2(2): 65-7.
23. Yoğun bakım hastalarında enteral ve parenteral nütrisyon. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/b> ook/file/21020149496-187.pdf. Erişim tarihi:01.05.2019.
24. Beslenme ve destek tedavisi: Genel ilkeler ve malnütrisyonun değerlendirilmesi. <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.22.pdf>. Erişim tarihi; 01.05.2019.
25. Metin ZG, Özdemir L. Yoğun bakımda enteral pompa ile beslenen hastalarda gelişen komplikasyonlar ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;20-9.
26. Lim, Ling M, Yong, Paulynn BY, Mar, Maggie MO, Ang, Yuh S. et al. Caring for patients on home enteral nutrition: reported complications by home carers and perspectives of communitynurses. *J Clin Nurs*. 2018;27(13-14):2825-35.
27. Ukleja A, Gilbert K, Mogensen KM, Walker R, Ward CT, Ybarra J. et al. Standards of practice. nutrition in clinical. *Practice*. 2018;33:906-20.
28. Nunesa G, Britoa M, Santos CA, Fonseca S. Refeeding Syndrome in the gastroenterology practice: How concerned should we be? *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2018;30:1270-6.
29. Linda M, Lord NP. Enteral access devices: Types, function, care and challenges. *Nutrition in Clinical Practice*. 2018;33(1):16-38.
30. Gürkan A, Gülseven B. Enteral beslenme: Bakımda güncel yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16:2.
31. Demirkan K, Ekincioğlu EB. Enteral beslenme tüpünden ilaç uygulanmasında ilaç dozaj şekillerinin önemi. *J Turk Soc Intens Care*. 2016;14:1-8.
32. Metussin A, Rusanah S, Suriawati B, Chong VH. Foley catheters as temporary gastrostomy tubes. *Gastroenterology Nursing*. 2016,39 (4):273-7.
33. Özden D, Karagözoğlu Ş, Güler N, Bülbüloğlu S. Evde enteral tüple beslenen hastaların beslenmeye ilişkin yaşadığı sorunlar ve yakınlarının bakım yükü. *DEUHFED*. 2016;9(4):134-41.

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR LİTERATÜR DERLEME

A LITERATURE REVIEW ON CARING BEHAVIORS IN INTENSIVE CARE NURSING

İlkay BOZ^a, Emine KOL^b

ÖZ Bakım davranışları bakımın en belirgin kanıtı olarak bilinmektedir. Yoğun bakım hemşireleri sürekli kritik durumdaki hastalarla, ileri teknoloji, karmaşık terapötik işlemler ve zorlayıcı etik ikilemlerle sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Bunun yanında yoğun bakım hemşireleri, bireyselleştirilmiş holistik bakımının sağlanması sırasında, teknoloji ve bakım davranışları arasındaki dengeyi korumalıdır. Varlığını sunmak, hazır bulunmak, açık ve ulaşılabilir olmak, dokunmak, otantik dinlemek, kabul etmek, göz teması kurmak, bireye tercih ettiği isimle seslenmek, rahatlığı sağlamak ve gülümsemek bilinen ve öne çıkan bakım davranışlarıdır. Bu derlemenin amacı, yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışlarını incelemek ve bu alanda sağlık bakım profesyonellerinde farkındalık oluşturmaktır. Yoğun bakımda bakım davranışları üzerine uluslararası ve Türkiye’de yürütülen çalışmalar, hemşirelerin bakım alan bireylerin ve yakınlarının bu davranışlara ne kadar önem verdiklerine odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda bakım davranışları algıları açısından hemşire ve bakım alan birey ve yakınları açısından farklılıklar olduğu, hemşirelerin eğitim durumu, mesleki doyumu ve hastalarının değerlerinin bakım davranışların açısından dikkate alınması gereken önemli değişkenler olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde bakım davranışları algılarına yönelik nicel ve nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Bakım, hemşirelik, literatür gözden geçirmesi, yoğun bakım üniteleri

ABSTRACT Caring behaviors (CB) are known as the most clear evidence. Intensive care nurses are constantly in critical condition, facing suffering patients, with advanced technology, complex therapeutic procedures and challenging ethical dilemmas. In addition, intensive care nurses should maintain the balance between technology and CB during the provision of individualized holistic care. Sharing present, being open and accessible, touching, listening to authenticity, accepting, making eye contact, calling the individual with his / her preferred name, providing comfort and smiling are the most known and prominent caring behaviors. The aim of this review is to examine CB in intensive care nursing and to raise awareness among health-care professionals. Studies from Turkey and international conducted on CB at intensive care unit focused on how much nurses, patients and their relatives attach importance to these behaviors. It was found that there were differences in terms of perceptions of CB, nurses, patients and relatives, and the educational status and professional satisfaction of the nurses and patients values were important variables that should be taken into consideration in terms of CB. In our country, further quantitative and qualitative studies are recommended for the perception of CB in intensive care units.

Key words: Caring, intensive care units, literature review, nursing

GİRİŞ

Hemşireliğin “kalbi” olarak tanımlanan bakım, felsefeciler, kuramcılar ve bilim insanları tarafından birçok yaklaşımla açıklanmaya çalışılmıştır. Kierkegaard’a göre bakım, bireysel, subjektif ve psikolojik bir oluşum olarak insanı anlamak için temel olandır ve insan özgünlüğünün anahtarıdır.¹ Heidegger’e göre doğuştan gelen ve duyuşsal bir boyutu olan bakım, başkası için ilgili, kaygılı olmaktır ve varoluş için şarttır.² Levinas’a göre bakım, bireylerin ihtiyaç duyduğu evrensel bir gereksinim ve ‘başkasıyla ilgilenmek, bakımıyla meşgul olmak’ ile kaçınılmayacak ahlaki bir sorumluluktur.³ Hemşirelik için özgü olan bakımı pek çok hemşirelik kuramcısı da tanımlamıştır. Bu kuramcılardan Jean Watson, bakım bir bilim olarak tanımlamasıyla öne çıkmaktadır. Watson’a göre

bakım profesyonel hemşireliğin göstergesi ve özüdür. Daha özelinde Watson bakımı akıl, beden ve ruh uyumuyla, bilimsel, etik ve estetik kişilerarası karşılıklı etkileşim süreci olarak tanımlamaktadır.⁴ Hemşireler, bakım alanlar ve yakınları için bakımın en belirgin kanıtının bakım davranışları olduğu bilinmektedir.⁵ Bakım davranışları uzun zamandır hemşirelik uygulamasının temel unsurlardan biri olarak önemsenmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerin bakım davranışları çoğu zaman sağlık kayıt sisteminde belgelenememektedir.⁶ Bakım davranışlarının kayıt edilmemesi, takip ve denetlenebilmesine engel olma, dolayısıyla görünür olamamasına neden olduğu için bu alanda hemşire bilim insanlarının daha çok düşünmesi ve yoğunlaşması gerekmektedir.⁷

Bilindiği üzere yoğun bakım hemşireleri sürekli kritik durumda hastalarla, ileri teknoloji, karmaşık terapötik işlemler ve zorlayıcı etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Yoğun bakım çevresinin yıpratıcı etkileriyle baş edebilmek ve kaliteli bakım sağlayabilmek için hemşire ve yöneticilerin yüzlerini bakım davranışlarına çevirmeleri gerekmektedir. Bunun yanında yoğun bakım hemşireleri, bireyselleştirilmiş holistik bakımının sağlanması sırasında teknolojik ve hümanistik bakım davranışları arasındaki dengeyi korumalıdır.⁸

İnsan Bakım Kuramı'nın teorisyeni Jean Watson, hemşire kuramcılar içinde bakım davranışlarına vurgu yapan ve önceleyen, öncü bir kuramcı olarak bilinmektedir. Watson'ın kişilerarası hemşirelik bakımı için 10 iyileştirici süreci tanımlamıştır. Bu iyileştirici süreçler:

(1) **Sevgi ve İyilik:** Kendi/diğerlerine karşı ılımlı ve sevgi dolu olarak, iyilik yaparak insancıl-alturistik değerleri desteklemek,

(2) **Umut ve İnanç:** Otantik olarak varolmak, güven ve umut aşılama, inanç sistemini etkinleştirmek; kendi/diğerlerinin öznel iç dünyasını ve yaşamını onurlandırmak,

(3) **Ben Ötesi Varoluş:** Kendi manevi uygulamalarını geliştirerek kendine ve başkalarına duyarlı olmak; ego-benliğin ötesine geçerek kişilerarası varoluş,

(4) **Otantik Bakım İlişisi:** Sevecen, yardım edici-güven verici bakım ilişkisi kurmak ve geliştirmek,

(5) **Dinleme ve Duyguların Açığa Çıkarılması:** Bireyin öyküsünü otantik olarak dinleyerek, olumlu ve olumsuz duyguların açığa çıkartılmasına izin verme,

(6) **Problem Çözme-Çözüm Arama:** Bakım süreci boyunca yaratıcı problem çözme-çözüm arama; kendini ve bilme/var olma/yapma/olma yollarıyla bakım-iyileştirme sanatını kullanma,

(7) **Özgün Öğretme ve Öğrenme:** Bakım ilişki bağlamında kişilerarası öğretme ve öğrenmeyi uygulama; sağlık/iyilik için koçluk modeli doğrultusunda bireye özgü olma,

(8) **İyileştirici Bakım Çevresi:** Her seviyede iyileştirici çevre oluşturmak;

enerjik otantik bakım varlığı için zarif/hos bir ortam,

(9) **Temel Gereksinimlere Yardım:** Temel gereksinimlere saygıyla yardım etme, diğerinin ruhuna akıl-beden-ruhla dokunma, insan bütünlüğünü sürdürmek,

(10) **Mucizelere İzin Verme:** Manevi, gizem ve bilinmeyenlere açık olma-mucizelere izin vermedir. İyileştirme süreçleri boyunca kavramsal ve pratik olarak bakım davranışları ortaya çıkmaktadır.⁵

Bakım davranışları kelimeleri, düşünceleri, duyguları, görünüşleri, eylemleri, hareketleri, jestleri, beden dilini, dokunuşları ve bilgiyi içermektedir. Varlığını sunmak, hazır bulunmak, açık ve ulaşılabilir olmak, dokunmak, otantik dinlemek, kabul etmek, göz teması kurmak, bireye tercih ettiği isimle seslenmek, rahatlığı sağlamak ve gülümsemek bilinen ve öne çıkan bakım davranışlarıdır.⁵ Bu bakım davranışlarının tamamı yoğun bakım hemşireleri için istendik davranışlardır. Yoğun bakım hemşireleri otantik bir bakım bilinciyle bakım verdikleri bireye ve yakınlarına, bireyin genel duruma uygun olan davranışları kullanabilir. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelerin bakım davranışları birçok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler hemşirenin yaşı, öz saygısı, inançları, deneyimi, yetkinliği ve uzmanlığı ile ilgili olduğu kadar hastanın tanısı, bakım verilen hasta sayısı ve kurumun özellikleriyle de ilişkilidir.⁹⁻¹² Bakım davranışları ayrıca kültürel farklılıklardan da etkilenmektedir.¹³

Bu derlemenin amacı, yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışlarını irdelemek ve bu alanda sağlık bakım profesyonellerinde farkındalık oluşturmaktır. Aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarını inceleyen araştırmaların özellikleri nelerdir?
- Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları hangi ölçüm araçları ile değerlendirilmektedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin kendi bakım davranışlarına ilişkin algıları nasıldır?

- d. Yoğun bakım hemşirelerinden bakım alanlar bireyler ve yakınlarının hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin algıları nasıldır?
- e. Yoğun bakım hemşirelerinin kendi bakım davranışları algıları ile bakım alanlar bireyler ve yakınlarının bakım davranışları algıları arasında fark var mıdır?
- f. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışlarına etkili olan faktörler nelerdir?

Yoğun Bakım Hemşireliğinde Bakım Davranışları

Yoğun bakım çevresinde bakım davranışları üzerine yürütülen çalışmaların odağı, hemşirelerin, bakım alan bireylerin ve yakınlarının bu davranışlara ne kadar önem verdiklerine üzerinedir. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine yapılan araştırmaların Amerika, Brezilya, İrlanda, Mısır, Ürdün, İran ve Türkiye’de yürütüldüğü görülmektedir.^{8, 14-23} Çalışmaların sadece biri nitel metodoloji ile yürütülmüştür.²³ Çalışmaların sekizinin karma^{8, 14,16, 17-19, 21,22,24}, ikisinin koroner^{20,23} ve birinin de pediatrik¹⁵ yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Bakım davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçları incelendiğinde uluslararası tanımlayıcı çalışmalarda çoğunlukla Bakım Davranışları Değerlendirme Ölçeği-(BDDÖ) (Caring Behaviours Assessment Tool)^{8,15,19,20,23} olmak üzere, Bakım Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Questionnaire)¹⁸ ve Bakım Davranışları Ölçeği (Caring Behaviors Inventory)²¹ ölçeklerinin de kullanıldığı görülmektedir.

Ülkemizde yürütülen çalışmalarda Bakım Davranışları Ölçeği’nin kullanıldığı belirlenmiştir.^{14,16,17,22} Bakım Davranışları Ölçeği-24 hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek üzere Wu ve ark.’ı (2006) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Bakım Davranışları Ölçeği-24 hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 24 maddeden ve güvence, bilgi-beceri, saygılı olma, bağlılık

olmak üzere dört alt boyuttan oluşan, güvenilir (Cronbach alfa=0.96) bir ölçüm aracıdır.²⁴ Aynı ölçeğin 30 maddelik formunun Türkiye’deki geçerlilik-güvenilirlik çalışması Gül ve Dinç (2015) tarafından yapılmıştır. Bakım Davranışları Ölçeği-30, başkalarına saygı, insan varlığının güvencesi, profesyonel bilgi ve beceri olmak üzere üç alt boyuttan oluşan, güvenilir (cronbach alfa=0.97) bir ölçüm aracıdır.²⁵ Bunun yanı sıra İnsan Bakım Kuramı’nın iyileştirici süreçlerine temellendirilerek geliştirilen BDDÖ, bakım davranışlarının ölçümünde alternatif bir ölçüm aracı olarak ülkemizde de tercih edilebilir. BDDÖ’nün hasta versiyonu (BDDÖ-H) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akgün ve ark. (2019) tarafından yapılmış, ölçeğin toplam cronbach α değerinin 0.98 olduğu ve alt boyutlarında 0.84-0.97 arasında değiştiği belirlenmiştir.²⁶ BDDÖ-Hemşire versiyonun da geçerlilik güvenilirliği çalışılmaktadır.

Araştırmalar detaylı incelendiğinde bu alanda ulaşılan ilk çalışmanın İrlanda’da yürütüldüğü görülmektedir.¹⁹ Bu çalışmada 40 yoğun bakım hemşiresinin ve yoğun bakımda hastası bulunan 30 hasta yakınının algıladıkları bakım davranışları karşılaştırılmıştır. Sonuçta hemşire ve hasta yakınlarının algıladıkları en önemli bakım davranışları arasında uyum olduğu saptanmıştır. İki grubun da teknik yeterlilik gösterme, bakımın altüstistik ve duygusal yönlerini yansıtan bakım davranışlarına daha fazla önem verdiği anlaşılmıştır. Koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan Ürdünlü hastaların ve hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin algılarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla, 150 hasta ve 60 hemşireyle tanımlayıcı desende bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada hastalar tarafından “fiziksel ve teknik davranışlar” en önemli bakım davranışları olarak algılanırken, hemşireler tarafından “öğretim davranışları” en önemli bakım davranışları olarak algılanmıştır. Hümanizm/inanç-umut/duyarlılık, Kişilerarası öğretme/-öğrenme, Temel gereksinimlere yardım ve Varoluşsal/fenomenolojik/manevi güçler alt temalarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu, hemşirelerin bu

alanlarda bakım davranışlarını daha yüksek düzeyde algıladığı saptanmıştır.²⁰

İran'da 200 yoğun bakım hemşiresi ve 200 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, Bakım Değerlendirme Ölçeği ile bakım davranışlarının önem derecesi algıları incelenmiştir. Her iki grupta da ulaşılabilir olmanın en yüksek, rahatlık ve güvenli ilişki kurmanın en düşük değere sahip bakım davranışları olduğu bulunmuştur.¹⁸

Pediyatrik yoğun bakım ünitesindeki hemşirelere Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'nın uygulanmasının etkisini değerlendirmek üzere yürütülen deneysel bir pilot çalışmada, hemşirelerinin algıladıkları bakım davranışları değerlendirilmiştir.¹⁵ Ön test ölçümlerde pediyatrik yoğun bakım hemşirelerinin en düşük puan verdikleri maddelerin "*çocuğu gerçekten dinleme*", "*sadece onu kontrol etmek için çocuğun odasına girme*" ve "*rahatlığını sağlamak için dokunma*" olması dikkat çekicidir. Çalışmada İnsan Bakım Kuramının hemşirelerin bakım davranışları algıları üzerine olumlu etkisi olduğu kanıtlanmıştır. BDDÖ'ün tüm maddelerinde deney ve kontrol grubu arasında fark olduğu, deney grubunun bakım davranışları puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı oranda ($p < 0.000$) yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin yarısı (%52.9) ağır iş yükünün ve üçte ikisi (%64.3) doktor istemlerinin bakım davranışları önünde engel olduğunu belirtmiştir.

Amerika'da 14 koroner yoğun bakım hastası ve sekiz hasta yakını ile hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan fenomenolojik nitel çalışmada, "*bilgi sağlamak*", "*güven vermek*", "*yeterliliği göstermek*" ve "*varlığını sunmak*" temaları ortaya çıkmıştır. Hasta ve yakınları tarafından bakım davranışları olarak tanımlanan diğer davranışların, "*rehberlik*" ve "*sakinleştirici ses tonu*" olduğu belirlenmiştir. Bakım davranışlarına aykırı davranışlar ise olumsuz tutum, uykuyu kesmek, bilgi vermemek ve yetersiz ağrı yönetimi sayılmıştır.²³

Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla, Mısır'da 277 yoğun bakım hemşiresiyle tanımlayıcı ve ilişkisel bir çalışma yürütülmüştür.⁸ Çalışmaya katılan hemşirelerin %70'inin altı ile 10 yıl arasında yoğun bakım deneyimine sahip olduğu ve üçte ikisinin bakım davranışları konusunda daha önce hiç eğitim almadığı saptanmıştır. Araştırma bulgularında, hemşirelerin çoğunluğunun algıladığı bakım davranışı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin büyük çoğunluğu en önemli buldukları bakım davranışlarını "*temel gereksinimlere yardım*" olarak algılamışlardır. Bu durum hemşireler tarafından bakımın fizyolojik yönünün önemini yansıtmaktadır. Ayrıca, hemşirelerin bakım davranışları algıları ile yaşı, cinsiyeti ve evlilik durumları arasında ilişki bulunmamışken, eğitim düzeyi, iş yükü, deneyimleri ve önceki eğitimleri arasında olumlu ilişki olduğu saptanmıştır. Son çalışmada karma yoğun bakım hemşireleriyle yürütülmüş ve hemşirelerin bakım davranışları algıları ile yararsız bakım (futile care) arasındaki ilişki incelenmiştir. Yararsız bakım "*hastaya herhangi bir faydası olmayan bir hayatın sürdürülebilmesi için uygulanan müdahale ve bakımı içeren medikal bakım*" olarak tanımlanabilir.²⁷ Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun (%65.7) yararsız bakım algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %98.9'u yaşam sonu bakımda bakım davranışlarına sahip olduğunu ifade etmiştir. Son olarak çalışmada yararsız bakım algısı ile bakım davranışları arasında anlamlı olumsuz bir ilişki olduğu saptanmıştır.²¹

Ülkemizde karma gruplarda yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarını inceleyen dört çalışmaya ulaşılmıştır. İlk çalışmada Bakım Davranışı Ölçeği-24 kullanılmış ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ölçek boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım hemşireleri, yataklı tedavi, poliklinik ve ameliyathane hemşirelerine göre, ölçeğin bilgi-beceri alt boyutunda 1. sırada, güvence, saygılı olma, bağlılık alt boyutlarında ve toplam ölçek

puanı açısından 2. sırada yer almaktadır.²² Diğer çalışma, hasta ve hemşirelerin bakım algısını incelemek ve aralarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Bakım Davranışı Ölçeği-30 kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmada yoğun bakım hemşirelerine özel sonuçlar paylaşılmamış olsa da her iki grupta Bakım Davranışı Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu ve toplam puan ortalamaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir.¹⁷ Son çalışmada cerrahi klinikler ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bakım davranışları Bakım Davranışı Ölçeği-24 ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin, kurumdaki çalışma süresinin, haftalık çalışma süresinin, hemşire sayısının, görevi olmadığı halde yaptığı işlerin, çalışılan ortamın havalandırmasının, güvenliğinin, çalışma ortamındaki teknik malzeme ve donanım durumunun bakım davranışlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Altı yıl ve üzeri çalışma süresi olan hemşirelerin; güvence, saygılı olma, bağlılık alt boyutu ve bakım davranışları toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, günde ortalama 30 ve üzeri hasta bakım hemşirelerin bağlılık alt boyutu ve bakım davranışları toplam puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.¹⁴

Hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki profesyonel tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmış bir araştırmada bakım davranışları Bakım Davranışları Ölçeği-24 ile değerlendirilmiştir. Bakım davranışları puan ortalaması ile hemşirelerin yaşı, çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken cinsiyet ve eğitim durumuna göre bir farklılık saptanmamıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre bakım davranışları puan

ortalamalarında fark olduğu ve bilgi-beceri alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve toplam boyutta, kliniklere kıyasla yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım davranışları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Son olarak hemşirelerin bakım davranışları algısı ve mesleki profesyonel tutumları arasında olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.¹⁶

SONUÇ

Yapılan çalışmalarda bakım davranışları algıları açısından hemşire, bakım alan birey ve yakınları açısından bazı farklılıklar olduğu anlaşılmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumu, mesleki doyumu ve hastalarının değerlerinin bakım davranışları açısından önemli değişkenler olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunun bakım davranışları konusunda daha önce eğitim almadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda ülkemizde mesleki eğitimlerin kapsamına bakım davranışlarının entegre edilmesi, bakım davranışlarına özel hemşirelik bilgisi, becerisi ve tutumunun artırılması önerilmektedir. Ayrıca kaliteli bir bakım kültürü oluşturmak adına, yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarına ilişkin farkındalık kazanmaları, bakım davranışlarını uygulayabilmeleri için teşvik edilmeleri, çalışma ortamı ve koşullarının bu doğrultuda düzenlenmesi önerilmektedir. Son olarak yoğun bakım çevresinde hemşire, bakım alan ve yakınlarını kapsayan örneklerde bakım davranışları algılarının değerlendirilmesi, farklı yoğun bakım çevrelerinin bakım davranışlarına etkilerinin incelenmesi ve yoğun bakım hemşirelerinde bakım davranışlarının geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının etkilerinin araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cevizci A. Felsefe tarihi. 5. Baskı. İstanbul: Say Yayınları; 2014.
2. Çüçen AK. Martin Heidegger: Varlık ve zaman. 5. Baskı. İstanbul: Sentez Yayınları; 2012.
3. Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D. The nature of care in light of Emmanuel Levinas. Nurs Philos 2006;7:225-234.
4. Watson J. Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing.

- Louisville, CO: University Press of Colorado; 2018.
5. Watson J. Nursing: human science and human care. 1nd Revised ed. New York: Jones & Bartlett Learning; 2008.
 6. Juve-Udina ME, Perez EZ, Padres NF, Samartino MG, Garcia MR, Creus MC, et al. Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *J Nurs Scholarsh* 2014; 46(1):65-71.
 7. Makic MBF. Critical care connection nurses' caring behaviors. *J Perianesth Nurs* 2017; 32(4): 367-369.
 8. Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Mohammed Al-harhi K. Assessing the caring behaviors of critical care nurses. *Nurs Educ Pract* 2018; 8(10): 77-85.
 9. Enns C, Gregory D. Lamentation and loss: expressions of caring by contemporary surgical nurses. *J Adv Nurs* 2007; 58(4): 339-347.
 10. Modic MB, Siedlecki SL, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Caring behaviors: perceptions of acute-care nurses and hospitalized patients with diabetes. *J Patient Exp* 2014; 1(1):26-30.
 11. Oskouie F, Rafii F, Nikraves M. Major determinants of caring behavior. *Harvard Health Policy Review* 2006; 7(1): 6-16.
 12. Salimi S, Azimpour A. Determinants of Nurses' Caring Behaviors (DNCB): Preliminary validation of a scale. *J Caring Sci* 2013; 2(4): 269-278.
 13. King D, Crisp J. Spirituality and health care education in family medicine residency programs. *Fam Med* 2005; 37(6): 399-403.
 14. Durukan E. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ve çalışma koşulları [Doktora Tezi], Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
 15. Elbahasawy H, Lawend J, Mohammed E. Application of Watson Caring Theory for nurses in pediatric critical care unit. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2016; 5(4): 56-67.
 16. Erol F, Türk G. Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses. *J Pak Med Assoc* 2019; 69(6):783-787.
 17. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2018; 5(3): 192-208.
 18. Joonbakhsh F, Pashae S. Caring behaviors perceived by nurses and students in critical care units in Tabriz University of medical sciences affiliated hospitals. *Intl Res J Appl Basic Sci* 2014; 8(4): 489-493.
 19. O'Connell E, Landers M. The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24(6): 349-58.
 20. Omari FH, Abu AlRub R, Ayasreh IR. Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *J Clin Nurs* 2013; 22(21-22): 3183-91.
 21. Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati JY. Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nurs Ethics* 2019; 26(1): 248-255.
 22. Yürün Y. Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2015.
 23. Weyant RA, Clukey L, Roberts M, Henderson A. Show your stuff and watch your tone: nurses' caring behaviors. *Am J Crit Care* 2017; 26(2): 111-117.
 24. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15(4):229-235.
 25. Gül Ş. Bakım kavramının analizi: Hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi [Doktora Tezi], Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
 26. Akgün M, Turan Kavradım S, Boz İ, Özer Z. Bakım davranış değerlendirme ölçeği: Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Burdur. 2. Uluslararası*

Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi;
2019.

- 27.** Morata L. An evolutionary concept analysis of futility in health care. *J Adv Nurs* 2018; 74(6):1289-1300.