

ISSN:1302-0498 e-ISSN 2667-7903

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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



YIL(YEAR) 2021

CİLT(VOLUME) 25

SAYI (NUMBER) 2

AĞUSTOS (AUGUST) 2021

DÖRT AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED THREE TIMES A YEAR

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi Türkiye Atf Dizini'nde indekslenmektedir/ Indexed in TurkiyeCitation 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	
COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu <i>Compassion Fatigue in Intensive Care Nurses in the COVID-19 Pandemic</i> H. Banu KATRAN, Sevgi GÜR, Nurgül ARPAG, Merih ÇAVUŞLU.....	42
COVID-19 Tanılı Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi <i>Anxiety And Depression Levels of Individuals Diagnosed With COVID-19</i> Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU, Huriye KARADEDE, Özkan KARADEDE, Rıdvan KARAALİ, Eser AYDIN.....	51
Bir Devlet Hastanesindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler <i>Professional Values of Operating Room Nurses in a State Hospital and Affecting Factors</i> Rujnan TUNA, Birşen KAHRAMAN.....	60
Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planı Algısı <i>Discharge Plan Perception of Intensive Care Nurses</i> Senem KUŞELİ DOST, Hülya KAYA.....	68
DERLEME	
COVID-19'un Solunum Sistemi Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Bakımı <i>Effects of COVID-19 on Respiratory System and Nursing Care</i> Sevda EFİL, Nuray ENÇ.....	79
Koroner Arter Baypas Cerrahisi Geçiren Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sürdürülmesi <i>Maintaining Healthy Lifestyle Behaviors in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery</i> Nihal ÇELİKTÜRK, Tuğba Nur ÖDEN, Fatma DEMİR KORKMAZ.....	92
OLGU SUNUMU	
Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre COVID-19 Şüpheli Bir Hastanın Bakımı <i>Care of A Patient With Suspicious COVID-19 According to The Roy Adaptation Model</i> Tuğba Hatice ÇAYLAR, Banu TERZİ.....	102

Kök Hücre Nakli Uygulanan COVID-19 Tanılı Yoğun Bakım Hastasının Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu <i>Nursing Care of A COVID-19 Intensive Care Patient With Stem Cell Transplantation: Case Report</i> Didem CENGİZ, Hamdiye Banu KATRAN, Ali AKGÜN.....	108
Yoğun Bakımda COVID-19 ve İleri Evre Over Kanser Tanılı Hastada Psikososyal Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu <i>A Patient With Advanced Over Cancer Located in The Intensive Care Unit With TheDiagnosis of COVID-19: Case Report</i> Esin CERİT, Leyla GÜNDOĞDU.....	121
Can Kurtarıcı Yoğun Bakımdan Kurtarılan Bir Canın Hikayesi <i>The Story of a Life Saved from the Life Saving Intensive Care</i> Gülhan SEYHUN.....	128

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

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

EDİDÖR

Doç. Dr. 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 Yayık, Uzm. Hem. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
Gülbahar Keskin, Dr. Öğr. Üyesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul
Ebru Kıraner, 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
Nermin Olgun, Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Gaziantep
Besey Ören, Dr. Öğr. Üyesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Aklime Sarıkaya, Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Duygu Sönmez Düzakaya, Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul
Banu Terzi, Doç. Dr. 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
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 anlaşılacağı 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)

COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu

Compassion Fatigue in Intensive Care Nurses in the COVID-19 Pandemic

H. Banu KATRAN^{1a}, Sevgi GÜR^{1b}, Nurgül ARPAG^{1c}, Merih ÇAVUŞLU^{2d}

ÖZET Amaç: Bu araştırma, COVID-19 pandemisinde ağır çalışma koşulları ve yoğun stres altında çalışan yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyini belirlemek amacıyla yürütüldü. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırma, pandemi döneminde İstanbul'da bir Pandemi Hastanesi'nin Erişkin Anestezi Yoğun Bakım Ünitelerinde, 01.02.2021-01.03.2021 tarihleri arasında çalışan 363 yoğun bakım hemşiresinin tamamının gönüllü katılımıyla gerçekleştirildi. Örneklem seçimine gidilmedi. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan beş soruluk kişisel bilgiler ile 13 maddeden oluşan Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ) formu kullanılarak toplandı. Toplanan verilerin SPSS 25.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak analizi yapıldı. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam skorun Shapiro-Wilk Testi ile normal dağılım göstermediği saptandı ($p<0,05$). Bu nedenle tüm analizler non-parametrik yöntemler ile yapıldı. Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann-Whitney ve Kruskal-Wallis Test; değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için Spearman's rho Correlation kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 363 hemşirenin 286'sı kadın (%78,8), 268'i (%73,8) 18-25 yaş aralığında, 279'u (%76,9) lisans mezunu, 265'inin (%73) mesleki deneyimi 0-1 yıl arasında ve 103'ü (%28,4) COVID-19 pozitif tanısı almıştır. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan ortalaması $65,01\pm 25,56$ olarak saptandı. Sosyo demografik veriler ile merhamet yorgunluğu puanı ve alt boyutların puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmedi. COVID-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçiren hemşireler ile geçirmeyenler arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma puanı ($p=0,0199$), mesleki tükenmişlik puanı ($p=0,0482$) ve toplam puan ($p=0,0264$) ortalamaları COVID-19 geçiren hemşirelerde daha yüksektir. **Sonuç:** Çoğunluğu genç, yeni mezun ve yoğun bakım ünitesinde sadece 0-1 yıllık deneyimi olan hemşirelerde, COVID-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçirenlerin merhamet yorgunluğu daha yüksek bulundu. Hemşirelik hizmetlerinin bakım kalitesinin düşmemesi, kişilerin mesleğin ilk yıllarında iken kendilerini yetersiz hissetmemesi ve meslekten ayrılma ile sonuçlanmaması açısından hastane yönetimi tarafından bu konuya ilişkin önlemler alınması, tüm hemşireler ile bu riskli durum hakkında motivasyonel görüşmeler yapılması ve hizmet içi eğitimlerle bireylerin desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: COVID-19; merhamet yorgunluğu; yoğun bakım hemşiresi.

ABSTRACT Aim: This research was carried out to determine the level of compassion fatigue in intensive care nurses working under heavy working conditions and intense stress during the COVID-19 pandemic. **Method:** This cross-sectional and descriptive study was carried out with the voluntary participation of all 363 intensive care nurses working in the Adult Anesthesia Intensive Care Units of a Pandemic Hospital in Istanbul between 01.02.2021 and 01.03.2021 during the pandemic period. Sample selection was not made. Data were collected using the five-question personal information and the Compassion Fatigue-Short Scale (MY-CI) form consisting of 13 items prepared by the researchers. The collected data were analyzed using the SPSS 25.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) statistical package program. Compassion fatigue short scale sub-dimensions of secondary trauma, occupational burnout and total score were not found to be normally distributed with the Shapiro-Wilk Test ($p<0.05$). Therefore, all analyzes were performed using non-parametric methods. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis Test in comparison of means; Spearman's rho Correlation was used to determine the relationship between variables. **Results:** Of the 363 nurses who participated in the study, 286 (78.8%) were female, 268 (73.8%) were between the ages of 18-25, 279 (76.9%) had a bachelor's degree, and 265 (73%) were professional. experience was between 0-1 years and 103 (28.4%) were diagnosed as COVID-19 positive. Compassion fatigue short scale mean score was determined as 65.01 ± 25.56 . When sociodemographic data were compared with the compassion fatigue score and the scores of the sub-dimensions, no significant difference was found. A statistically significant difference was found between the nurses infected with the COVID-19 virus and those who did not have the disease, between the compassion fatigue short scale sub-dimensions of secondary trauma, occupational burnout and total score averages. Secondary trauma score ($p= 0.0199$), occupational burnout score ($p= 0.0482$) and total score ($p= 0.0264$), which are among the compassion fatigue short scale sub-dimensions, are higher in nurses with COVID-19. **Conclusion:** Compassion fatigue was found to be higher in nurses, most of whom were young, newly graduated, and had only 0-1 years of experience in the intensive care unit, those who were infected with the COVID-19 virus and had the disease. It is recommended that the hospital management take precautions regarding this issue, conduct motivational interviews with all nurses about this risky situation, and support individuals with in-service training in order not to decrease the quality of care of nursing services, to prevent people from feeling inadequate in the first years of the profession and not to leave the profession.

Keywords: Compassion fatigue; COVID-19; intensive care nurse.

GİRİŞ

Merhamet yorgunluğu kavramı, Circenis, Millere ve Joinson'a göre "bakımın bedeli"

olarak ifade edilmektedir. Stres ya da travmayı doğrudan yaşayan insanlara yardım ederken, dolaylı olarak geçirilen travmanın duygusal etkisi olarak tanımlanmaktadır.^{1,2} Hemşireler

Geliş Tarihi/Received: 04.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 18.07.2021

ORCID: 0000-0001-5095-6316^a, 0000-0002-6925-3351^b, 0000-0002-7774-3844^c, 0000-0003-1323-1361^d

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

²SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul.

Yazışma Adresi/Correspondence: Hamdiye Banu KATRAN

E-posta: banu-katran@hotmail.com

hastalarla terapötik bir hemşire-hasta ilişkisi kurmak için merhametli bir yaklaşım ile mesleklerini icra ederler.³ Bu yaklaşım, onları bakım verdikleri kişilerin acılarına maruz bırakabilir.^{4,5} Bu maruziyetin iki ana sonucu olabilir. İlki, iyi yapılmış bir işle ilgili hissedilen olumlu duygular ile gelişen merhamet memnuniyeti ki bu pozitif olarak tanımlanır; ikincisi bunun tersi duygusal tükenmeyi içeren olumsuz duygularla tanımlanan merhamet yorgunluğudur.⁶

Joinson (1992), merhamet yorgunluğu kavramından ilk olarak, acil serviste çalışan hemşirelerde tükenmişlikle ilgili çalışmasında söz etmiştir. Joinson, mesleğinin bir gerekliliği olarak empati yaparak bakım veren hemşirelerin, yardım ettikleri bireylerin travmatik streslerini içselleştirebileceğini ifade etmiş ve böylece, “bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” olarak ifade etmiştir. Joinson’un bu ifadesiyle merhamet yorgunluğu terimi, sistemle ilgili yaşanan hayal kırıklığı ya da işten memnuniyetsizlikle ilişkilendirilmeyen tükenmişliğin bir türü olarak görülmüştür.²

Figley’e göre “empati” ve “maruz kalma” olmak üzere iki faktör merhamet yorgunluğuna yol açmaktadır. Bu bağlamda empati; hemşirelik mesleği bireye biyo-psiko-sosyal olarak “bütüncül” bakış açısıyla yaklaştığından mesleğin temel öğeleri arasında yer alır.⁷

Sabo yaptığı çalışmada, uygun olmayan çalışma koşullarının hemşirelerin biyo-psiko-sosyal sağlık ve refahlarını olumsuz etkilediğini bildirmektedir. Yoğun bakım, psikiyatri, pediatri ve onkoloji gibi bazı özel birimlerde çalışan hemşirelerin işle ilgili strese karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir.⁸ Ağır ve yoğun iş yükü, uygun olmayan çalışma koşulları, personel azlığı, yönetsel destek eksikliği, yetersiz ücret politikaları, kaynak-malzeme eksikliği, eğitim fırsatlarındaki sınırlılık ve değişken çalışma ortamları vb. hemşireler için zorlayıcı faktörler içinde sayılabilir. Hemşirelerin bu olumsuz faktörlere sürekli maruz kalmaları da merhamet yorgunluğuna sebep olabilmektedir.^{4,9,10} Sacco ve arkadaşları çalışmalarında, yoğun stres altında çalışan hemşirelerin daha az stresli bir çalışma ortamında çalışan hemşirelere göre fiziksel ve zihinsel olarak yıpranmaya daha eğilimli olduklarını belirtmişlerdir.¹¹

Merhamet yorgunluğu belirtileri, duygusal (kayıtsızlık/ilgisizlik, öfke,

duyarsızlaşma, sinirlilik gibi), zihinsel (dikkat dağınıklığı gibi), fiziksel (somatik şikâyetler, halsizlik, kazaya eğilim, yorgunluk gibi), sosyal (küstahlık, yalnızlaşma, ilgisizlik, tepkisizlik), manevi (iç görüye ilgisizlik, manevi farkındalık eksikliği) ve iş ile ilgili (işe geç gelme, işi bırakma isteği, düşük performans) olarak sınıflandırılabilir.^{12,13}

Hemşirelerin verdiği bakım kalitesi merhamet yorgunluğu deneyimlemeleri ile yakından ilişkilidir. Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşire, bakım verici rolünde isteksiz, sınırlı ve duyarsız olabilmektedir. Duyarsızlaşma; tıbbi hataların artmasına, sözlü-sözsüz iletişim problemlerine ve hasta bakım kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum hemşire memnuniyetinin azalmasına ve meslekten ayrılmalara önemli bir neden olarak gösterilmektedir.^{14,15}

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için son derece yoğun ve stresli ortamlardır. YBÜ hemşireleri, bakım verdikleri çoklu problemleri olan hastaların içinde buldukları durumlarından, etik kararlar vermekten, hastaların sürekli olarak acı çekmesine şahit olmaktan, yoğun tıbbi desteğe rağmen hasta kaybindan ve hastanın kendisi ya da yakınları ile iletişim sorunlarından, travma ve ölüm ile sık sık yüz yüze kalmaktan duygusal olarak etkilenebilmektedir.^{13,16}

Dünya çapında milyonlarca insanın COVID-19 virüsü ile hastalandığı tespit edilmiş ve yüz binlerce insan bu nedenle hayatını kaybetmiştir. Bu virüs ile enfekte olan bireylerin yaklaşık %15’inde ciddi komplikasyonlar geliştiği, mortalite riski yüksek olduğu ve bakım gereksinimleri arttığı için yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakımları sürdürülmüştür.¹⁷ Pandemi sadece virüs ile mücadele eden bireyleri değil toplumun tamamını ve beraberinde ülkelerin sağlık sistemlerini de olumsuz etkilemiştir. Virüsün damlacık yolu ile bulaşma kolaylığı, popülasyonun bağışıklık eksikliği, sınırlı tıbbi ekipman ile toplum içindeki genel korku ve kaygı sağlık sisteminde risk yaratan diğer unsurlar olmuştur. Tüm sağlık profesyonellerinin afet ve salgın dönemleri gibi yüksek riskli durumlarda görevlerini yaparlarken bu yoğun stresin bir getirisi olarak birçok psikolojik problemler yaşayabileceği göz önünde bulundurulduğunda; bu durumun sağlık sisteminin ön safhalarında virüs ile mücadele eden ve ekibin vazgeçilmez bir

parçası olan hemşireleri de olumsuz etkileyebileceğini söylemek mümkündür.¹⁸

Tüm dünyanın etkilendiği COVID-19 pandemisi nedeniyle özellikle yoğun bakım hemşireleri sürecin başından bu yana yoğun stres altında çalışmaya devam etmektedir. Pandemi dönemi kendi içinde barındırdığı bilinmezlikleri ile bu stresin daha yoğun hissedilmesine sebep olabilecek güçte bir durumdur.^{18,19} Hemşireler bu süreçte kendilerini hızlı değişen bir ortamın içinde, karmaşık hasta bakım yükü ve senelik izin hakları da geçici olarak iptal edilerek uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalmış olarak bulmuşlardır. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama riski, bilinmeyen bilinenen daha çok olduğu bu süreçte daha da artmıştır.¹⁸

Bu nedenlerle çalışma; İstanbul'da bir pandemi hastanesi erişkin anestezi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerini belirlemek, bakım kalitesini olumsuz etkileyen bu durum ile başa çıkmada öneriler geliştirmek amacıyla planlandı.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırma, İstanbul'da bir pandemi hastanesinin erişkin anestezi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerini belirlemek amacıyla 01.02.2021 – 01.03.2021 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı hastanede erişkin anestezi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan tüm hemşireler (N=363) oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelerden sözlü ve yazılı rızaları alınarak evrenin tamamına ulaşıldı.

Veri Toplama Araçları: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 5 soruluk kişisel bilgiler (Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Mesleki Tecrübe, COVID-19 Geçirme Durumu) formu ile 13 maddeden oluşan Merhamet Yorgunluğu – Kısa Ölçek (MY-KÖ) formu kullanılarak veriler toplandı.

Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (Compassion Fatigue-Short Scale) (MY-KÖ): Adams ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ölçek, merhamet yorgunluğunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir

ölçme aracıdır.²⁰ Dinç ve Ekinci tarafından (2019) Türkçe'ye uyarlaması ile geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.²¹ Ölçek, katılımcılardan her bir ölçek maddesinin deneyimlerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini isteyen bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçek ikincil travma ve mesleki tükenmişlik olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki "c, e, h, j, l" maddeleri ikincil travmayı; "a, b, d, f, g, i, k, m" maddeleri mesleki tükenmişliği ölçen maddelerdir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları, 0.80'den 0.90'a kadar değişmekte ve yeterli iç güvenilirlik göstermektedir. Ölçek için herhangi bir puanlama algoritması ve kesme noktası belirtilmemiştir. Ölçekten en düşük 13 ve en yüksek 130 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır.²⁰

Verilerin Toplanması: Anket formu ve ölçek yoğun bakım hemşirelerine verilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle, her bir katılımcı için en az 5 dakika, en fazla 10 dakika zaman ayrılarak toplandı.

Verilerin Analizi: Veriler, SPSS 25.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı parametreler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile değerlendirildi. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam skorun Shapiro-Wilk Testi ile normal dağılım göstermediği saptandı (p<0,05). Bu nedenle tüm analizler non-parametrik yöntemlerden seçildi. Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann-Whitney ve Kruskal-Wallis Test uygulandı; değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için ise Spearman's rho Correlation kullanıldı.

Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü: Araştırma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik izin (Tarih: 11.01.2021 ve Kabul No: 2021/01-565 sayılı), Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'ndan çalışma izni (Başvuru Dosya No: [2021-01-18T12_34_30.xml](#), İzin Tarihi:18.01.2021), araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü ve yazılı onamları alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın tek bir pandemi hastanesinde uygulanmış olması araştırmanın kısıtlılığdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 363 hemşirenin 286'sı kadın (%78,8), 268'i (%73,8) 18-25 yaş aralığında, 279'u (%76,9) lisans mezunu, 265'inin (%73) mesleki deneyimi 0-1 yıl arasında ve 103'ü (%28,4) COVID-19 pozitif tanısı almıştır.

Cinsiyete göre merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Yaş grupları arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Merhamet Yorgunluğu Puanlarının Karşılaştırılması (N=363)

boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Öğrenim grupları arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Mesleki deneyim grupları arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo-1).

Sosyo-demografik özellikler	İkincil Travma Puanı	Mesleki Tükenmişlik Puanı	Genel Puan
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma
Cinsiyet			
Kadın (n=286)	4,89±2,21	5,09±2,01	5,01±1,95
Erkek (n=77)	4,77±2,34	5,05±2,06	4,94±2,04
z	0,59	0,24	0,36
p*	0,5576	0,8109	0,7218
Yaş Aralığı			
18-25 (n=268)	4,98±2,27	5,18±2,02	5,11±1,98
26-30 (n=77)	4,54±2,14	4,75±1,94	4,66±1,88
>30 (n=18)	4,54±2,12	4,94±2,12	4,79±2,01
Chi-Square	2,76	2,90	2,89
p**	0,2519	0,2351	0,2363
Öğrenim Durumu			
Lise ve Önlisans (n=69)	5,47±2,62	5,21±2,50	5,31±2,48
Lisans (n=279)	4,73±2,13	5,02±1,89	4,91±1,84
Lisansüstü (n=15)	4,48±1,91	5,67±1,41	5,21±1,36
Chi-Square	4,34	2,20	1,95
p**	0,1140	0,3333	0,3769
Mesleki Deneyimi (Yıl)			
0-1 (n=265)	4,96±2,24	5,21±1,99	5,11±1,95
1-2 (n=42)	4,25±1,94	4,38±1,87	4,33±1,78
2-5 (n=37)	5,11±2,67	4,81±2,24	4,92±2,28
>5 (n=19)	4,42±1,77	5,32±1,83	4,97±1,64
Chi-Square	3,18	5,96	5,50
p**	0,2783	0,0798	0,1383

*Mann-Whitney Test **Kruskal-Wallis Test

COVID-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçiren hemşireler ile geçirmeyenler arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptandı. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma puanı ($p=0,0199$), mesleki tükenmişlik puanı ($p=0,0482$) ve toplam puan ($p=0,0264$) ortalamaları COVID-19 geçiren hemşirelerde daha yüksek bulundu (Tablo-2).

Tablo 2. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Merhamet Yorgunluğu Puanlarının Karşılaştırılması (N=363)

COVID-19 Geçirme Durumu	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	Genel
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma
Evet (n=103)	5,26±2,17	5,43±2,11	5,37±2,01
Hayır (n=260)	4,71±2,24	4,94±1,96	4,85±1,92
z	2,32	1,97	2,22
p*	0,0199	0,0482	0,0264

*Mann-Whitney Test

Erişkin anestezi yoğun bakım ünitesinde çalışan 363 hemşirenin merhamet yorgunluğu kısa ölçeği ortalama puanları 65,01±25,56 ve

her bir ölçek maddesine vermiş oldukları cevaba göre ortalama puanları ise 5,01±1,96 olarak hesaplandı (Tablo-3).

Tablo 3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçek Puanları (N=363)

Kısa ölçek puanları	n	Minimum	Maximum	Ortalama±Standart Sapma
Toplam skor	363	15	130	65,01±25,56
Toplam ortalama	363	1,15	10,00	5,01±1,96

Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan arasındaki ilişki Spearman's rho Correlation ile incelendi. Aralarında güçlü bir ilişki olduğu tespit edildi. Mesleki tükenmişlik arttıkça ikincil travma da artmaktadır ($p=0,0001$).

TARTIŞMA

Yoğun bakım hastasına bakım vermek hemşireler için oldukça zorlayıcıdır. Hastalar acı çekerken, hemşirelerin tedavi ve bakım sırasında empatik yaklaşımları sonucunda duygusal bir yük ortaya çıkabilir. COVID-19 pandemisi dünyada ve ülkemizde birçok can kaybına neden olmuş ve birçok kişinin yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakımları sürdürülmüş olup halen süreç devam etmektedir. Yoğun bakım hemşireleri başta olmak üzere, tüm sağlık profesyonelleri pandemi nedeniyle birçok tehlikenin yanı sıra

mesleki tehlike olarak merhamet yorgunluğu ile karşı karşıya kalmaktadır.^{22,23}

Araştırmada cinsiyete göre merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Van Mol ve arkadaşları¹⁶ yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğunun kadın cinsiyette daha fazla görüldüğünü belirtirken, Özdelikara ve Babur'un⁽²⁴⁾ öğrenci hemşireler ile yaptıkları çalışmada ise merhamet ölçeği toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde merhametin cinsiyet değişkeninden etkilendiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{25,26} Kadınların şefkat ve acıma hissi gibi duygularının erkeklere göre daha belirgin olduğu varsayıldığında cinsiyet değişkeni ile merhamet yorgunluğu arasında farklı sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yaş grupları arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan

ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Romeo'nun çalışmasında hemşirelerde merhamet yorgunluğunun sıklıkla 30-39 yaş aralığında görüldüğü saptanmıştır.²⁷ Sacco ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde çalışan 221 hemşire ile yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmış, 50 yaş ve üzeri hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi (%73) genç hemşirelerden daha yüksek (%34-%42) düzeyde bulunmuştur.¹¹ Kelly ve arkadaşlarının çalışmasında 21-33 aralığındaki genç yaş grubunda diğer gruplara göre merhamet yorgunluğu daha yüksek düzeyde bulunurken yaş grupları açısından anlamlı ilişki saptanmıştır.²⁸ Dikmen ve arkadaşlarının çalışmasında genç grupta (20-35 yaş) yer alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu daha yüksek bulunmuştur.²⁹ Reese'nin çalışmasında benzer şekilde genç grup hemşirelerde yaşlı gruba göre daha yüksek oranda merhamet yorgunluğu saptanmıştır.³⁰ Araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayışının çalışmaya katılan tüm hemşirelerin yaklaşık %95'inin 30 yaş altında genç grupta dağılım göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada öğrenim grupları ile merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Sacco ve arkadaşlarının çalışmalarında, lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde merhamet yorgunluğu daha yüksek düzeyde bulunmuştur.¹¹ Katula'nın yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmasında daha yüksek eğitim düzeyinde olan hemşirelerde merhamet yorgunluğu açısından riskin arttığı gösterilmiştir.³¹ Potter ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim düzeyi ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına karşın lisans mezunu hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek (%42) olduğu saptanmıştır.¹⁰ Katılımcıların çoğunun (%76,9) lisans mezunu olmasından kaynaklı, çalışmanın sonuçlarında istatistiksel fark görülmemiştir.

Araştırmada mesleki deneyim ile merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Watkins çalışmasında hemşirelerin meslekteki hizmet süresi artışı ile beraber merhamet yorgunluğunun da artış gösterdiğini bildirmiştir.³² Benzer şekilde

Katula araştırmasında mesleki hizmet süresi 11 yılı aşkın olan sağlık çalışanlarında daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu olduğunu bildirmektedir.³¹ Yu ve arkadaşlarının 669 onkoloji hemşiresi ile yaptığı çalışmada, daha uzun hemşirelik deneyimi olanlarda daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik tespit edilmiştir.³³ Bu çalışmada hemşirelerin çoğunun mesleki deneyimlerinin 0-1 yıl arasında olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada COVID-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçiren hemşireler ile geçirmeyenler arasında merhamet yorgunluğu kısa ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma puanı ($p=0,0199$), mesleki tükenmişlik puanı ($p=0,0482$) ve toplam puan ($p=0,0264$) ortalamaları COVID-19 geçiren hemşirelerde daha yüksek bulundu. Literatürde bu değişken ile yapılmış araştırmaya rastlanmamakla beraber aynı hastalıkla mücadele eden hasta grubuna bakım verirken bu hastalığı deneyimlemiş olan hemşirelerde daha yüksek empati yapma eğilimi ile merhamet yorgunluğu açısından daha yüksek risk oluşturdıkları düşünülmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan 363 hemşirenin merhamet yorgunluğu kısa ölçeği ortalama puanları $65,01\pm 25,56$ ve her bir ölçek maddesine vermiş oldukları cevaba göre ortalama puanları ise $5,01\pm 1,96$ olarak hesaplandı. Literatürde; Stamm⁶ ($n=463$) $13,0\pm 6,3$, Yoder⁹ ($n=106$) $12,3\pm 5,6$, Potter ve arkadaşları¹⁰ ($n=153$) $15,2\pm 6,6$, Hooper ve arkadaşları¹² ($n=114$) $13,0\pm 6$ ve Reese³⁰ ($n=89$) $15,29\pm 8,41$ çalışmasında olguların merhamet yorgunluğunun orta düzeyde olduğu bildirilmiş olup bulgularımızla uyumlu olduğu saptandı.

Araştırmada merhamet yorgunluğu kısa ölçek alt boyutlarından ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve toplam puan arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edildi. Mesleki tükenmişlik arttıkça ikincil travma da artmaktadır ($p=0,0001$). COVID-19'un ilk kez görüldüğü Wuhan'da hekim ve hemşireler ile yapılan bir çalışmada merhamet yorgunluğunun bir bileşeni olan tükenmişlik düzeyinin pandemi sürecinde hemşirelerde düşük olduğu bildirilmiştir.³⁴ Bu çalışmanın pandemi sürecinde hemşirelerdeki merhamet yorgunluğunun alt boyutu olan tükenmişliği

değerlendiren tek çalışma olması nedeniyle sonuçları dikkate değerdir. Ancak COVID-19'un hemşireler üzerindeki etkisi ve merhamet yorgunluğu düzeyine dair kanıt temelli bilgi ihtiyacına da işaret etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Birçoğu genç ve yeni mezunlardan oluşan, yoğun bakım ünitelerinde yeni görev yapmaya başlayan hemşirelerden COVID-19 pozitif tanısı alanlarda merhamet yorgunluğu düzeyi daha yüksek tespit edildi. Hemşirelik hizmetlerinde bakım kalitesinin düşmesini engellemek, hemşirelerin mesleğinin ilk yıllarında iken kendilerini yetersiz hissetmeleri ve meslekten erken ayrılmalarının önüne geçebilmek için hastane yönetimi tarafından bu konulara ilişkin önlemlerin alınması önerilmektedir. Kurumlar tarafından erken dönemde bu tehlikeli durum öngörülerek hemşireleri destekleyici programlar, motivasyonel görüşmeler yapılmalı ve politikalar geliştirilmelidir. Kanıt temelli çalışmalar ile hemşirelerin desteklenmesi önerilmektedir.

Araştırma Bütçesi: Araştırma için herhangi mali değeri olan bir içerik kullanılmadı. Araştırmada kullanılan anketlerin basımı ve istatistik analizleri araştırmacıların kendi imkanları ile yapıldı.

Çıkar Çatışması: Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Circenis K, Millere I. Compassion Fatigue, Burnout and Contributory Factors Among Nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011;30:2042-2046. doi: [10.1016/j.sbspro.2011.10.395](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.395)
2. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992;22(4):116,118-120.
3. Dunn DJ. The intentionality of compassion energy. *Holist Nurs Pract* 2009;23(4):222-229. doi: [10.1097/HNP.0b013e3181aecebb](https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181aecebb).
4. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue with in nursing practice: A concept analysis. *Nurs Health Sci* 2010 Jun;12(2):235-243. doi: [10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x).
5. Melvin CS. Historical review in understanding burnout, Professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2015;17(1):66-72. doi: [10.1097/NJH.000000000000126](https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000126)
6. Stamm BH. The ProQOL manual [electronicversion]. The Professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales. <http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf> (Erişim Tarihi: 21.01.2021).
7. Figley CR. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58(11):1433-1441. doi: [10.1002/jclp.10090](https://doi.org/10.1002/jclp.10090)
8. Sabo B. Reflecting On The Concept Of Compassion Fatigue. *OJIN: The Online Journal Of Issues in Nursing* 2011;16(1). doi: [10.3912/OJIN.Vol16No01Man0166](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man0166)
9. Yoder EA. Compassion Fatigue in Nurses, *Appl Nurs Res* 2010;23(4):191-197. doi: [10.1016/j.apnr.2008.09.003](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003).
10. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L & et al. Compassion Fatigue And Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2010;14(5):56-62. doi: [10.1188/10.CJON.E56-E62](https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62).
11. Sacco TL, Czurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among. *Critical Care Nurses* 2015;35(4):32-43. doi: [10.4037/ccn2015392](https://doi.org/10.4037/ccn2015392).
12. Hooper VD. Working Toward a Healthier You: Recognizing Compassion Fatigue. *J Perianesth Nurs*, 2017;32(3):165-166. doi: [10.1016/j.jopan.2017.04.007](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.04.007).
13. Boyle DA. Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing* 2015;45(7):48-51. doi: [10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1)
14. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue and Perceptions About Medication

- Errors in Certified Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2011;30(6):339-345. doi: 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
15. Romano J, Trotta R, Rich VL. Combating Compassion Fatigue: An Exemplar of an Approach to Nursing Renewal. *Nursing Administration Quarterly* 2013;37(4):333-336. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2f9ff.
 16. VanMol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Plos One* 2015;10(8):e0136955. doi:[10.1371/journal.pone.0136955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955)
 17. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, PomarL, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *The Lancet Infectious Diseases* 2020; 20(7):773. doi:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30195-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30195-X)
 18. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *J Clin Nurs* 2020;29:2762-2764. doi: [10.1111/jocn.15314](https://doi.org/10.1111/jocn.15314)
 19. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020;60(1):e70-e76. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
 20. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *Am J Ortho psychiatry* 2006;76(1):103-108. doi: [10.1037/0002-9432.76.1.103](https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103)
 21. Dinç S, Ekinçi M. Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2019;11(Suppl 1):192-202. doi: 10.18863/pgy.590616
 22. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C & et.al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs* 2014;33(4):215-25. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056.
 23. Young JL, Derr DM, Cicchillo VJ & Bressler S. Compassion Satisfaction, Burnout, And Secondary Traumatic Stress in Heart And Vascular Nurses. *Critical Care Nursing* 2011;34(3):227-234. doi: 10.1097/CNQ.0b013e31821c67d5.
 24. Özdelikara A, Babur S. Hemşirelik Öğrencilerinin Merhamet Düzeyi ve Empatik Eğilim İlişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020;11(2):342-349. doi: <https://doi.org/10.31067/0.2020.271>
 25. Çingöl N, Çelebi E, Zengin S, Karakaş M. Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Derg* 2018;21:61-67. doi: 10.5505/kpd.2018.65487
 26. Salazar LR. The Relationship Between Compassion, Interpersonal Communication Apprehension, Narcissism and Verbal Aggressiveness. *J Happiness Well-Being* 2016;4:1-14.
 27. Romeo-Ratliff A. An investigation into the prevalence of and relationships among compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and self-transcendence in oncology nurses. (PhD Thesis), New Jersey: Seton Hall University; 2014.
 28. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2015;47(6):522-528. doi: 10.1111/jnu.12162. Epub 2015 Aug 19.
 29. Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P. Compassion Fatigue: A Study Of Critical Care Nurses in Turkey. *Journal Of Human Sciences* 2016;13(2):2879-2884.
 30. Reese MT. Compassion Fatigue And Spirituality With Emergency Health Care Providers. (PhD Thesis), USA: Regent University, Virginia; 2008.
 31. Katula KR. Compassion Fatigue in Critical Care Nursing and Development of An Educational Module in Partial Fulfillment of The Requirements. USA: North Dakota State University; 2015.

32. Watkins TR. Factors Influencing Compassion Fatigue Risk among in-Home Clinicians, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, A Dissertation Presented to the Faculty of the School of Psychology & Counseling Regent University; 2014.
33. Yu H, Jiang A & Shen J. Prevalence and Predictors Of Compassion Fatigue, Burnout and Satisfaction Among Oncolog Nurses: Across-Sectional Survey. *International Journal Of Nursing Studies* 2016;57:28-38. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012.
34. Wu Y, Wang J, Luo, Hu S, Lin X, Anderson A.E. & et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage*; 2020.

COVID-19 Tanılı Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi

Anxiety And Depression Levels of Individuals Diagnosed With COVID-19

Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU^{a1}, Huriye KARADEDE^{b2}, Özkan KARADEDE^{a3},Rıdvan KARAALİ^{c4}, Eser AYDIN^{d5}

ÖZET Amaç: Araştırma, COVID 19 tanılı bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın örneklemini Ağustos 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir üniversite hastanesinin COVID-19 servislerinde yatarak tedavi gören 197 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)" ile toplandı. Verilerin analizinde Mann-Whitney, Wilcoxon, Chi-Square, Kruskal Wallis testleri, tanımlayıcı istatistiklerin analizinde ise ortalama±standart sapma ve yüzde kullanıldı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. **Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalamasının $50,10\pm 12,82$ olduğu, % 47,7'sinin kadın, %56,3'ünün bir ve birden fazla kronik hastalığı olduğu, %44'ünün daha önce hastaneye yatmadığı, % 88'inin psikiyatrik tedavi almadığı bulundu. Çalışma kapsamına alınan bireylerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete (HAD-A) $6,70\pm 4,73$ kesme noktası altında iken, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon (HAD-D) $7,13\pm 4,73$ olup kesme puanının üzerinde olduğu belirlendi. Hastaların % 20,81'nin anksiyete ve % 44,67'sinin depresyon riskinin yüksek olduğu saptandı. Kadınların HAD-A ve HADÖ puanlarının erkeklere göre yüksek olduğu (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,044$), dul olanların HAD-A puanlarının yüksek olduğu ($p=0,049$) ve daha önceden psikiyatrik tanısı olan bireylerin HAD-A, HAD-D ve HADÖ puanlarının yüksek olduğu (sırasıyla $p=0,000$ $p=0,032$ $p=0,001$) belirlendi. **Sonuç:** Çalışmada kadınların, dul olanların ve psikiyatrik tanısı olan bireylerin anksiyete ve depresyon açısından daha riskli gruplar olduğu belirlendi. Bu bulgular, COVID-19 pandemisinin ruhsal sorunlarına yönelik politika oluşturulmasına dair katkıda bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, COVID-19, depresyon, ruh sağlığı

ABSTRACT Aim: The research was conducted to determine the anxiety and depression levels of individuals diagnosed with COVID 19. **Material and Method:** The study sample which was planned as a descriptive study, consisted of 197 patients hospitalized in the COVID-19 wards of a university hospital in Istanbul between August 2020 and November 2020. Data were collected using a "Descriptive Characteristics Form" and "Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)." Data were analyzed via Mann-Whitney U, Wilcoxon, Chi-Square, Kruskal Wallis tests, and mean±standard deviation and percentage were used in the analysis of descriptive statistics. The significance level in the evaluations was accepted as $p < 0.05$. **Results:** The average age of the individuals was 50.10 ± 12.82 , 47.7% of the participants were women, 56.3% had one or more chronic diseases, 44% had not been hospitalized before, and 88% had not received psychiatric treatment. The individuals included in the study were found to have Hospital Anxiety Depression Scale-Anxiety (HAD-A) below the cut-off point of 6.70 ± 4.73 , while Hospital Anxiety Depression Scale-Depression (HAD-D) was 7.13 ± 4.73 above the cut-off point. It was found that 20.81% of the patients had a high risk of anxiety, and 44.67% of the patients with depression. HAD-A and HADS scores of women were higher than men (respectively $p = 0.014$, $p = 0.044$), widowed women had higher HAD-A scores ($p = 0.049$), and individuals with a previous psychiatric diagnosis had HAD-A, HAD-D, and HADS. It was determined that their scores were high (respectively $p = 0.000$ $p = 0.032$ $p = 0.001$). **Conclusion:** In the study, it was determined that women, widows and individuals with a psychiatric diagnosis were more risky groups in terms of anxiety and depression. These findings contribute to policy formulation for the mental health issues of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Anxiety, COVID-19, depression, mental health

GİRİŞ

Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 2 (SARS-cov-2) virüsünün neden olduğu yeni koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), küresel olarak artan vakalar nedeni ile pandemi haline geldi.¹ Makalenin yazıldığı tarih itibarı ile dünyada yaklaşık 146 milyon, ülkemizde ise yaklaşık dört milyon COVID-19 vakası rapor edildi.² COVID-19'un hızla yayılmasıyla birlikte, küresel sağlık sistemleri COVID-19 vakalarını tanımlamada, yönetmede ve halk sağlığını korumak için etkili stratejiler sağlamada zorluklarla karşılaştı. Bu zorluklar,

ilk başta fiziksel sağlığı etkilese de pandeminin psikolojik etkileri bilimsel literatürde giderek daha fazla rapor edilmeye başladı.³ Mevcut literatür, COVID-19'dan etkilenen kişilerin depresyon, anksiyete bozuklukları, stres, panik atak, irrasyonel öfke, dürtüsellik, somatizasyon bozukluğu, uyku bozuklukları, duygusal rahatsızlık, travma sonrası stres semptomları ve intihar dahil olmak üzere yüksek ruhsal sağlık sorunları olabileceğini göstermektedir.³⁻⁷

COVID-19 salgını sırasında cinsiyet, yaş, hastalığa yakalanma riski, kronik ya da psikiyatrik hastalıkların varlığı, çalışma durumu, yüksek riskli bir aile üyesiyle

Geliş Tarihi/Received: 05.05.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 11.06.2021

ORCID: ¹0000-0001-6204-1543, ²0000-0001-9067-6474, ³0000-0002-3845-7423, ⁴0000-0003-2440-7529, ⁵0000-0003-4031-1359

^{a1}ÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

^bİstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

^cÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

^dİstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU

E-posta: e.togluk@gmail.com

yaşamak, COVID-19 ile ilgili sosyal medyaya ya da haberlere sık sık maruz kalmak gibi birçok risk faktörünün depresyon ve anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu belirlendi.^{4,8-12}

Choi ve ark.'nın (2020) 500 kişi ile yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %19'unun depresyona, %14'ünün anksiyeteye sahip olduğu ve % 25,4'ünün ise pandemiden sonra ruh sağlığı durumunun kötüleştiği bildirilmektedir.¹ Guo ve ark.'nın (2020) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, katılımcıların %25,4'ünün (n=592) anksiyete semptomları, %21,3'ünün (n=496) depresyon bulguları, %13,9'unun (n=326) ise hem anksiyete hem de depresyon bulguları taşıdığı tespit edilmiştir.¹³ Dai ve ark. (2020)'nın 307 katılımcı ile gerçekleştirmiş olduğu çalışmada anksiyete ve depresyon belirti sıklığının sırasıyla %18,6 ve %13,4 olduğu belirtilmektedir.¹⁴ İrlanda'da da yapılan bir çalışmada COVID-19 karantina önlemlerinin ilk haftasında dört kişiden birinde anksiyete veya depresyon belirtileri olduğu belirlendi.¹⁰

Argüder ve ark. tarafından yapılan (n=300) çalışmada, örneklemin %8,3 klinik olarak ciddi depresyon, %24 hafif depresyon ve %7,7 klinik olarak ciddi anksiyete, %16 hafif anksiyete olduğu belirlendi.¹⁵ Özdin ve Özdin'in tarafından Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada örneklemin (n=343) %23,6'sı depresyon kesme noktasının üzerinde puan aldığı, %45,1'inin ise anksiyete kesme noktasının üzerinde puan aldığı belirlendi.¹⁶

Literatür bulguları COVID-19 hastalığının bireylerde depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu bulgularının oluşmasına yol açtığını göstermektedir.^{1,13-16} Ülkemizde COVID-19 hastalığı ile depresyon ve anksiyete ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma, COVID-19 hastalığı sebebiyle hastanede yatarak tedavi alan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini incelemek üzere planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve Türü: Araştırma, COVID-19 tanılı bireylerin hastane anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlenmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Ağustos 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin COVID-19 tanılı bireylerin yatarak tedavi gördüğü servislerde yapıldı.

Çalışmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Ağustos 2020-Kasım 2020 COVID-19 servislerinde yatan 400 hasta oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için %95 güven aralığında 1.tip hata payı (α) = 0,05 alınmış ve örneklem hacmi en az 197 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya, hastanede en az 3 gün boyunca COVID-19 tanısı ile yatan, 18 yaş üstü, okuma yazma bilen, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı herhangi bir bedensel ve zihinsel engeli olmayan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edildi.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği" ile toplanmıştır. **Tanıtıcı Özellikler Formu;** bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklere ait 14 soru içermektedir.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ); Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastanın anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.¹⁷ Ölçek toplam 14 soru içermekte, tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Ölçek, Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında HAD-A için kesme puanı 10/11, HAD-D için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçek dörtlü Likert tipte olup, ölçek toplam puanı 0-42 arasında puanlanmaktadır.

Veri Toplama Yöntemi: Hastalara çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırma verileri COVID-19 izolasyon önlemlerine uyularak hasta odalarında yüz yüze görüşme yoluyla toplandı ve yaklaşık 15 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi: IBM SPSS Statistic 22.0 (Chicago IL, USA) programında yapıldı, verilerin analizinde Mann-Whitney, Wilcoxon, Chi-Square, Kruskal Wallis testleri, tanımlayıcı istatistikleri ise ortalama±standart sapma ve yüzde olarak verildi. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırmalar Kurulundan ve Cerrahpaşa Tıp

Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulundan (Karar no: 16161519-604.01.01-81715) onay alındı. Veriler toplanırken araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere araştırma ile ilgili bilgi verildi, sözlü ve yazılı onamları alındı. ‘‘Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği’’ nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılar tarafından kullanım izni alındı. Araştırma, ‘‘Helsinki Deklarasyonu’’ 2008 prensipleri doğrultusunda gerçekleştirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 197 kişinin sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde; yaş ortalaması $50,10 \pm 12,82$, %47,7’ü kadın, %77,7’si evli, %59,8’i ilköğretim ve lise mezunu, %57,9’unun çalışmadığı, % 47,2’sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %88,9’nun sigara ve %89,3’ü alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo-1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (N=197)

Özellikler		Ort±SS	Min-Max
Yaş		50,10±12,82	20-82
		n	%
Cinsiyet	Kadın	94	47,7
	Erkek	103	52,3
Medeni Durum	Evli	153	77,7
	Bekar	31	15,7
	Dul	13	6,6
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	12	6,1
	Okur-Yazar	26	13,2
	İlköğretim	66	33,4
	Lise	52	26,4
	Lisans	34	17,3
	Lisansüstü	7	3,6
Mesleki Durum	Çalışan	83	4,21
	Çalışmayan	114	57,9
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	80	40,6
	Gelir Gidere Denk	93	47,2
	Gelir Giderden Fazla	24	12,2
Sosyal Güvence Durumu	Var	185	93,9
	Yok	12	6,1
Sigara İçme Durumu	Evet	22	11,2
	Hayır	139	70,6
	Bıaktım	36	18,3
	Evet	11	5,6
Alkol Kullanma Durumu	Hayır	176	89,3
	Bıaktım	10	5,1

Araştırmada katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; COVID-19 hastalık tanılarının konulduğu süre ortalamasının $6,79 \pm 4,99$ (3-30) gün, hastanede kalış sürelerinin ise ortalama $5,08 \pm 3,92$ (3-30)

gün olduğu belirlendi. Örneklemin %56,3’ünün bir ve birden fazla kronik hastalığı olduğu, %44’ünün daha önce hastaneye yatmadığı, % 88’inin psikiyatrik tedavi almadığı tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri (N=197)

Özellikler		Ortalama ± SS (Gün)	Min-Max (Gün)
Hastalığın Tanılanma Süresi		6,79±4,99	3-30
Hastanede Yatış Süresi		5,08±3,92	3-30
		n	%
Kronik Hastalık Durumu	Yok	86	43,7
	Bir	86	43,7
	Birden fazla	25	12,6
Daha Önce Hastanede Yatış Deneyimi	Ameliyat	68	34,5
	Medikal Tedavi	41	20,8
	Hayır	88	44,7
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	22	11,2
	Hayır	175	88,8

Katılımcıların HAD-A ve HAD-D puanlarının dağılımı incelendiğinde; bireylerin HAD-A puan ortalaması 6,70±4,73 ile kesme noktasının altında, HAD-D puan ortalaması ise

7,13±4,73 ile kesme puanının üzerinde olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %20,81'inin anksiyete ve %44,67'sinin depresyon riskinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların HAD-A ve HAD-D puanlarının dağılımı

HADÖ		n	%	Ortalama ± SS	Min-Max
HAD -A	Eşik Altı (0-10 puan)	156	79,19	6,70±4,73	0-20
	Eşik Üstü (11-21puan)	41	20,81		
HAD-D	Eşik Altı (0-7puan)	109	55,33	7,13±4,73	0-21
	Eşik Üstü (8-21puan)	88	44,67		

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HADÖ ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Cinsiyet ile HADÖ ve HAD-A puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık görüldü (sırasıyla

$p:0,044$, $p:0,014$, $p<0,05$). Araştırmamızda medeni durum ile HAD-A puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p:0,049$; $p<0,05$). Buna göre kadınların HAD-A ve HADÖ puan ortalamaları erkeklerden, dul katılımcıların HAD-A puan ortalamasının evli ve bekarlardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine HADÖ ve alt ölçek puan ortalamaları (N=197)

Özellikler			HAD-A Ort ± SS	HAD-D Ort ± SS	HAD Ölçeği Toplam Puanı Ort ± SS
Yaş			r=0,099 p=0,165	r=0,009 p=0,902	r=0,059 p=0,412
Cinsiyet	Kadın	94	7,69±5,19	7,50±4,86	15,22±9,44
	Erkek	103	5,80±4,09 Z=-2,470 p=0,014	6,79±4,60 Z=-1,280 p=0,201	12,60±7,68 Z=-2,018 p=0,044
Medeni Durum	Evli	153	6,60±4,62	7,38±4,89	14,00±8,62
	Bekar	31	5,80±4,39	5,61±3,69	11,41±7,54
	Dul	13	10,00±5,74 df=2 p=0,049	7,76±4,67 df=2 p=0,155	17,76±10,18 df=2 p=0,071
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	12	8,91±5,63	9,16±5,50	18,08±10,35
	Okur-Yazar	26	7,50±5,27	7,61±5,23	15,11±9,73
	İlköğretim	66	6,36±4,69	6,56±4,71	12,92±8,68
	Lise	52	7,19±4,56	7,59±4,76	14,78±8,24
	Lisans	34	5,23±4,28	6,48±4,33	11,72±7,86
	Lisansüstü	7	6,71±3,59 df=5 p=0,152	6,85±2,85 df=5 p=0,437	13,57±5,31 df=5 p=0,216
Mesleki Durum	Çalışan	83	6,50±4,23	7,35±4,23	13,87±7,54
	Çalışmayan	114	6,85±5,08 Z=-,164 p=0,870	6,97±5,07 Z=-,924 p=,356	13,82±9,38 Z=-,413 p=,680
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	80	6,71±5,10	6,93±4,93	13,65±9,43
	Gelir Giderden Fazla	24	8,16±4,02	7,16±4,21	15,33±7,33
	Gelir Gidere Denk	93	6,32±4,54 df=2 p=0,155	7,29±4,72 df=2 p=0,855	13,63±8,28 df=2 p=0,522
Sosyal Güvence Durumu	Var	185	6,67±4,79	7,03±4,67	13,71±8,69
	Yok	12	7,25±3,81 Z=-0,623 p=0,533	8,66±5,59 Z=-0,876 p=0,381	15,91±7,90 Z=-0,886 p=0,376
Sigara İçme Durumu	Evet	22	8,18±4,30	7,40±3,88	15,59±7,32
	Hayır	139	6,71±4,87	7,25±4,94	13,97±9,06
	Bıraktım	36	5,77±4,31 df=2 p=0,119	6,50±4,42 df=2 p=0,609	12,27±7,62 df=2 p=0,276
Alkol Kullanma Durumu	Evet	11	6,00±3,76	6,36±4,90	12,36±7,85
	Hayır	176	6,75±4,85	7,31±4,78	14,07±8,81
	Bıraktım	10	6,70±3,68 df=2 p=0,930	4,80±3,11 df=2 p=0,210	11,50±6,15 df=2 p=0,555

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre HADÖ ve alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bireylerin kronik hastalık durumları ve daha önce hastaneye yatma durumları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Psikiyatrik tedavi alan katılımcıların HADÖ ve HAD-A ve HAD-D alt ölçek puan

ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p:0,001$, $p:0,0000$; $p:0,032$; $p<0,05$). Buna göre psikiyatrik tedavi alanların HADÖ, HAD-D ve HAD-A puan ortalamaları psikiyatrik tedavi almayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların hastalık özelliklerine göre HADÖ ve alt ölçek puan ortalamaları (N=197)

Özellikler			HAD-A Ort ± SS	HAD-D Ort± SS	HADÖ Ort ± SS
Kronik Hastalık Durumu	Yok	86	6,66±4,85	7,46±5,00	14,12±8,93
	Bir	86	6,67±4,28	6,49±4,24	13,18±7,80
	Birden fazla	25	6,96±5,88	8,16±5,23	15,12±10,37
			df=2 p=0,916	df=2 p=0,378	df=2 p=0,862
Daha Önce Hastanede Yatış Deneyimi	Ameliyat	68	6,79±4,93	7,05±4,81	13,88±9,18
	Medikal Tedavi	41	7,02±5,49	6,97±5,06	14,00±9,73
	Hayır	88	6,48±4,22	7,26±4,56	13,75±7,74
			df=2 p=0,979	df=2 p=0,899	df=2 p=0,995
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	22	10,18±4,28	8,81±3,74	19,00±6,94
	Hayır	175	6,26±4,61	6,91±4,81	13,19±8,63
			Z=-3,733 p=0,000	Z=-2,150 p=0,032	Z=-3,281 p=0,001

TARTIŞMA

COVID-19 hastalığının bulaştırıcılık ve ölüm oralarının yüksek olması, hastalığa yönelik etkili tedavi yöntemlerinin henüz kanıtlanmamış olması, mali zorluklar, evde uzun süre kalma, hastaneye ulaşmada ortaya çıkan zorluklar gibi etkenler bireyleri umutsuzluk duygusuna itmekte, depresyon ve anksiyete seviyesini arttırmaktadır.^{5,18,19} Ayrıca COVID-19 hastalığına bağlı olarak hastanede bulunmak, tedavinin neden olabileceği komplikasyonlar ve hastanın iyileşme umudunu zamanla kaybetmesi de bu duruma katkı sağlamaktadır.

COVID-19 tanılı bireylerin hastane anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların %20,81'inin anksiyete, %44,67'sinin ise depresyon açısından risk altında olduğu belirlendi. Literatürde yer alan COVID-19 tanılı bireyler ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; Ma ve ark. (2020)'nin çalışmasında katılımcıların (n=770) %43,1'inin depresyon riski altında;²⁰ Kong ve ark. (2020)'nin çalışmasında katılımcıların (n=144) %34,72'sinin anksiyete ve %28,47'sinin

depresyon riski altında olduğu tespit edilmiştir.²¹ Dai ve ark. (2020)'nin çalışmasında da bireylerin (n=307) anksiyete ve depresif belirti sıklıklarının sırasıyla %18,6 ve %13,4 olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Lei ve ark. (2020) tarafından Güney Çin'de 18 yaş ve üzeri 1593 katılımcı arasında psikolojik sağlık durumunu değerlendirmek için yaptıkları çalışmada anksiyete prevalansı % 8,3, depresyon prevalansı % 14,6 olarak bulunmuştur.²² Pandeminin ilk aşamasında Çin'de 1210 katılımcının dahil edildiği çalışmada katılımcıların %53,8'inin salgından psikolojik olarak etkilendiği, %16,5'ininde orta ya da şiddetli depresyon belirtisinin, %28,8'inde ise anksiyete bulgularının bulunduğu saptanmıştır.²³ Başka bir çalışmada, COVID-19 hastalığına yakalanan bireylerin %52,4'ünde klinik ve virolojik iyileşmeden 3 ay sonra bile psikolojik ve fiziksel semptomların olduğu bulunmuştur.²⁴ Ülkemizde ise Özdin ve Özdin (2020) örneklemini 343 kişiden oluşturduğu çalışmada katılımcıların % 23,6'sının depresyon kesme noktasının üzerinde, % 45,1'inin ise anksiyete kesme noktasının üzerinde puan aldığını

belirlemiştir.¹⁶ Argüder ve ark. tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise örneklemin (n=300) %8,30 klinik olarak ciddi depresyon, %24 hafif depresyon ve %7,70 klinik olarak ciddi anksiyete, %16 hafif anksiyete vardı.¹⁵ Araştırmalar arasında ortaya çıkan farkın, örneklem büyüklüğü, salgın şiddetinin ülkelere göre farklılık göstermesi, hastanelerin mevcudiyeti, ülkelerin COVID-19 hastalığına yönelik izlediği politikalar ve ülkeler arasındaki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla beraber ülkemizde COVID-19 hastalığı ve bu hastalık nedeniyle hastanede yatma durumunun anksiyete ve depresyon riskini arttırdığı söylenebilir.

Araştırmamızda psikiyatrik tedavi alan kişilerin almayanlara göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (p<0,05). Özdin ve Özdin'in COVID-19 döneminde gerçekleştirmiş olduğu çalışmada HAD-A puan ortalaması 7,8±4,7 HAD-D puan ortalaması 8,3±4,8 olarak tespit edilmiş olup bu çalışmada da anlamlı farklılık saptanmıştır.¹⁶ Buna göre ülkemizde COVID-19 hastalığına bağlı hastaneye yatış durumu anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığı söylenebilir. Araştırmada ortaya çıkan bulgumuz yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Hao ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada 76 psikiyatri hastası ve 109 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış ve psikiyatrik hastalığı bulunan hasta grubunda uykusuzluk, anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek düzeyde bulunmuştur.⁵ Benzer bir çalışmada ise önceden psikiyatrik tanı almış ancak tedavi görmemiş olanların hiç psikiyatrik tanı almayanlara göre depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yüksek olduğu belirlendi.¹¹ Bu durum ruhsal bozukluk öyküsü olan kişilerin pandemiyle ilişkili sosyal izolasyon gibi dış stresörlere karşı daha duyarlı olması ve salgın döneminde psikiyatri hastalarının acil ruh sağlığı bakımı ihtiyaçlarının daha düşük bir öncelikte yer almasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çoğu hastanelerin pandemi hastanelere dönüştürülmesi, psikiyatri kliniklerinin aktif sağlık hizmeti verememesi de tedavi sürecini etkilemiş olabilir.

COVID-19 pandemisi öncesinde hastanede yatan hastalar ile gerçekleştirilen çalışmalarda cinsiyet ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.²⁵⁻²⁷ Bu durum hastanede yatan hastalar için kadın cinsiyetinin ruh sağlığı sorunları için bir risk faktörü

olduğunu göstermektedir. COVID-19 döneminde de yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçları da kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir (p<0,05). Bu bulgular, pandemi sürecinde anksiyete ve depresif bozuklukların kadınlarda daha sık olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlıdır.^{11-16,20,30,31}

Çalışmamızda dul olan COVID-19 tanılı bireylerin bekar ve evli bireylere göre anlamlı derecede daha fazla anksiyete belirtileri geliştirdiği bulundu (p<0,05). Cao ve ark. nın (2020) Çin'de 7143 katılımcı ile COVID-19 salgınının psikolojik etkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, aile ile birlikte yaşıyor olmanın, ailenin sabit ve düzenli bir gelirinin olmasının COVID-19 süresince koruyucu etkenler olduğu bildirilmektedir.²⁸ Tian ve arkadaşları (2020) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada boşanmış veya dul kalmış olan bireylerin evlilere göre daha fazla anksiyete semptomlarına sahip oldukları ve salgının psikolojik etkilerine karşı daha savunmasız olduklarını bildirmiştir.²⁹ Araştırma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.^{5,22,30} Bu durumun dul bireylerin yalnız yaşamalarından kaynaklı destek faktörlerinin azlığına, hastane izolasyonuna, tedavi sürecinin belirsizliğine ve geride kalan aile üyelerini düşünmesine bağlanabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden aldıkları anksiyete ve depresyon puanlarına bakıldığında anksiyete puan ortalaması 7,0±4,73, depresyon puan ortalaması ise 7,13±4,73 olarak bulundu. Kadınların HAD-A ve HADÖ puanları, dul olanların HAD-A puanı ve psikiyatrik tedavi alanların ise HAD-A, HAD-D ve HADÖ puanları yüksek bulundu.

Çalışma bulgularımız sonucunda; COVID-19 hastalığı nedeniyle hastanede yatan bireylere hemşirelerin bireyin fiziksel şikayetleri ile ruhsal durumlarını da önemseyerek holistik bakım vermesi, hastalığa ilişkin gerekli bilgilendirmeler yapılarak hastanın kendini ifade etmesine olanak tanınması, COVID-19 pandemisi boyunca devletler tarafından bireyleri maddi ve manevi olarak destekleyecek programların hazırlanması, COVID-19 pandemisinin

psikososyal etkileri hakkında politika oluşturulması ve pandeminin yol açtığı ruh sağlığı sorunlarının nasıl azaltılacağına ilişkin çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(10): 3740.
2. Centers for Disease Control and Prevention: COVID Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home> Erişim Tarihi: 01.05.2021
3. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zo L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Res* 2020;9.
4. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64
5. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav. Immun* 2020;87:100-106.
6. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Glob health* 2020;16(1):1-11.
7. Shalev D, Shapiro PA. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2020;64:68.
8. Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, Khademian Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health*, 2021;21(1),1-7
9. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Community Ment. Health J* 2021;57(1):101-110
10. Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall RP, et al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr. Scand* 2020;142(3):249-256.
11. Liu CH, Stevens C, Conrad RC, Hahm HC. Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among US young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses. *Psychiatry Res* 2020;292:113345
12. Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *J. Affect. Disord* 2020;277:379-391
13. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, Li Y, Zhu M, Yang W, et al. Mental health disorders and associated risk factors in Quarantined adults during the COVID-19 outbreak in China: cross-sectional study. *JMIR* 2020;22(8): e20328.
14. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y, Wu SJ, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *Plos one* 2020;15(8): e0238416.
15. Argüder E, Kılıç H, Civak M, Kacar D, Kaya G, Yılmaz A, et al. COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hastanede yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *ANK. MED. J* 2020;20(4):971-981.
16. Özdin S, Özdin, BŞ. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(5):504-511.
17. Aydemir Ö, Guvenir T, Kuey L, Kultur S. Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and

- depression scale. Turk Psikiyatri Derg 1997;8(4):280-7.
18. Bozkurt Y, Zeybek Z, Aşkın R. Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2020;19(37):304-318.
 19. Erdoğan Y, Koçoğlu F, Sevim C. COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. Klin. Psikiyatr Derg 2020:23.
 20. Ma YF, Li W, Deng HB, Wang L, Wang Y, Wang PH, et al. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. J Affect Disord 2020;275:145-148.
 21. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. MedRxiv 2020.
 22. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. Med Sci Monit 2020;26:e924609-1-e924609-12
 23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. INT J ENV RES PUB HE 2020;17(5):1729.
 24. Tomasoni D, Bai F, Castoldi R, Barbanotti D, Falcinella C, Mulè G, et al. Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: a cross-sectional study in Milan, Italy. J Med Virol 2021;93(2):1175-1179.
 25. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. Gen. Hosp. Psychiatry 2008;30(3):208-225.
 26. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(3):209-216.
 27. Kutlu R, Özberk Işıklar D, Gök H, Demirbaş N. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2016;24(4):672-679.
 28. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res 2020;287:112934.
 29. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. Psychiatry Res 2020;288:112992.
 30. Göksu Ö, Kumcağız, H. Covid-19 Salgınında Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi ve Kaygı Düzeyleri. Turkish Stud 2020;15(4).
 31. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle COVID-19 Salgını Kontrol Algisinin Karşılaştırılması. Uluslar. Sağlık Yönet. Strateji. Araşt. Derg. (Online) 2020;6(1):139-154.

Bir Devlet Hastanesindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler

Professional Values of Operating Room Nurses in a State Hospital and Affecting Factors

Rujnan TUNA^{1a}, Birşen KAHRAMAN^{2b}

ÖZET Amaç: Profesyonel değerler eğitim ve uygulamalara rehberlik eden standartlardır. Bütüncül bir hemşirelik bakımı sunabilmek için profesyonel değerlerin meslek üyelerine kazandırılması önemlidir. Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışma bir devlet hastanesinde çalışan 51 ameliyathane hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği kullanılarak Kasım-Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 paket programı kullanılarak, tanımlayıcı ve nonparametrik testler uygulanmıştır. **Bulgular:** Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerler ölçeği toplamında (123,73±18,42) yüksek düzeyde profesyonel değere sahip olduğu; (44,73±6,55) en yüksek düzeyde profesyonel değeri ise insan onuru alt boyutunda, (16,45±2,28) en düşük düzeyde profesyonel değeri de güvenlik alt boyutunda gösterdikleri belirlenmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin tanıtıcı değişkenlere göre farklılaştığı; yaş, cinsiyet, mesleki deneyim ve mesleği sevme durumuna göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05). **Sonuç:** Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değer algısının yüksek olduğu, ayrıca kadın hemşirelerin ve mesleğini sevenlerde profesyonel değer algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane; hemşire; profesyonel değerler

ABSTRACT Aim: Professional values are standards that guide training and practices. It is important to provide professional values to professional members in order to offer holistic nursing care. This study was carried out in descriptive design in order to determine the professional values of the operating room nurses and the influencing factors. **Methods:** This descriptive study was conducted with 51 operating room nurses working in a public hospital. The data of the research were collected between November-December 2019 using the introductory information form and the Nurses' Professional Values Scale. The analysis of the data was performed by using descriptive statistical and nonparametric analysis methods in SPSS 20.0. **Results:** Operating room nurses had a high level of professional value in the total of professional values scale (123.73 ± 18.42); it was determined that they showed the highest level of professional value in the human dignity sub-dimension (44.73 ± 6.55) and the lowest level of professional value in the security sub-dimension (16.45 ± 2.28). The professional values of operating room nurses differ according to sociodemographic variables; it was determined that there was a significant difference according to age, gender, professional experience and loving profession (p<0.05). **Conclusion:** It was determined that operating room nurses had a high perception of professional value, and women nurses and those who loved their profession had higher professional value perception.

Keywords: Nurse; operating room; professional values

GİRİŞ

Çağdaş toplumların en önem verdiği kavramlardan biri olan profesyonellik, yetkinliklere yönelik tutum, bakış açısı ve davranış biçimi olarak ifade edilmekte olup; profesyonel tutum verimliliğin ve etkinliğin de en temel özelliğidir.^{1,2} Hemşirelik mesleği uygulamalı bir sağlık mesleği olup sağlıklı bireyin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede rol almaktadırlar. Bununla birlikte hasta bireyin yeniden sağlığına kavuşması veya yetersizlikleri ile baş edebilmesi için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasında da rol almaktadırlar.¹⁻³ Hemşireler sağlık bakımı hizmeti vermenin yanı sıra araştırma yapma, mesleki faaliyetlere katılma gibi profesyonel mesleki işlevleri de yerine getirmekte olup; profesyonel değerleri olan sağlık meslek üyeleridir.¹

Profesyonel olmak bir takım değerlere sahip olmayı gerektirmektedir.⁴ Değerler; davranışlara rehberlik eden, bireylerin kendini adadığı idealler, kurallar, ilkeler, ahlaki inançlar, standartlar veya niteliklerdir.^{1,5} Değerler kararlarımızı alırken bize yol göstererek hem kişisel hem de profesyonel davranışlarımızı motive ederler.⁵ Profesyonel değerler ise kişinin davranışını etkileyen, eğitim ve uygulamalara rehberlik eden, inanç ve tutumları etkileyen standartlardır.⁶

Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Hemşireler Birliği profesyonel hemşirelik değerlerini yararlılık, özgecilik, estetik, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet, doğruluk olmak üzere yedi ana başlık üzerinde toplamıştır. Bununla birlikte bireyin sağlığına kavuşmasını öncelikli hedef olarak vurgulayarak yararlılığı en temel değer olarak belirtmişlerdir.² Ayrıca literatürde yapılan bazı

Geliş Tarihi/Received: 29.05.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 18.07.2021

ORCID: 0000-0002-5156-3781^a, 0000-0003-2065-1559^b

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul

²TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Rujnan TUNA

E-posta: rujnantuna@yahoo.com

çalışmalarda profesyonel değerlerin; yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu¹⁰ ile mesleki kıdem, uzmanlık alanı ve çalışılan pozisyon gibi değişkenler tarafından da etkilediği belirtilmiştir.¹

Bütüncül bir hemşirelik bakımı sunabilmek, karar verme yeteneği ve mesleki kimliğin gelişebilmesi için profesyonel değerlerin meslek üyelerine kazandırılmasında önemlidir.⁶ Hemşirelerin sahip olduğu değerler; hem hasta ve aileyle hem de sağlık ekip üyeleri olan etkileşimine rehberlik ederek; hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmaktadır.³ Böylece hemşireler mesleki değerlerin hasta bakımına kattığı anlamı bilecek ve bakımın etkinliği artacaktır.^{2,7} Ayrıca profesyonel değerler, hemşirelere, etik ikilemlerle karşılaştıklarında da yol gösterici olacaktır.² Özellikle cerrahi girişimlerin uygulandığı, hastaların kendilerini fizyolojik ve psikolojik açıdan stres altında ve savunmasız hissettiği ameliyathanelerde görev alan hemşirelerin bütüncül, güvenli ve kaliteli bakımı sağlayıp sürdürebilmesinde profesyonel değerler önem kazanmaktadır.^{8,9}

Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacından yola çıkılarak aşağıdaki sorularına yanıt aranmıştır.

- Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerleri ne düzeydedir?
- Ameliyathane hemşirelerin profesyonel değerleri ile kişisel değişkenleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Ameliyathane hemşirelerin profesyonel değerleri ile mesleki değişkenleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul'daki bir devlet hastanesinin ameliyathane biriminde Kasım-Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul ilinde yer alan bir kamu hastanesindeki görevli 65 ameliyathane hemşiresi oluşturmuştur. Herhangi bir

örnekleme yöntemine gidilmeksizin kurumda çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 ameliyathane hemşiresi örneklem kapsamına alınmış ve 51 ameliyathane hemşiresinden değerlendirmeye uygun veri elde edilmiştir. Araştırmada geri dönüş oranı %85 evrene ulaşma oranı ise %78,46 olarak belirlendi.

Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları tanıtıcı bilgi formu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'dir.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarını, cinsiyetlerini, medeni durumlarını, eğitim düzeylerini, hemşire olarak meslekte çalışma sürelerini, çalıştıkları pozisyonu, çalışma şekillerini ve mesleği sevmeye durumlarını belirlemeyi amaçlayan sekiz sorudan oluşan bir anket formudur.

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği:

Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kurallarını yansıtan, hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla Darlene Weis ve Mary Jane Schank¹¹ tarafından geliştirilen 44 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Şahin Orak ve Ecevit Alpar¹² tarafından yapılmıştır. Ölçek, insan onuru, sorumluluk, harekete geçme, güven ve otonomi olmak üzere beş alt bölümden oluşmaktadır. Ölçek öğeleri 1'den "kesinlikle hayır" 5'e "kesinlikle evet" kadar sıralanmış olan 5 puanlık Likert ölçeği kullanılarak puanlanmıştır. Ölçekten alınacak puan 44 ile 220 arasında değişmektedir. Şahin Orak ve Ecevit Alpar¹² tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede gerçekleştirilmesi araştırma verilerinin genellenebilirliğini engellemektedir. Ayrıca hastanede görevli tüm ameliyathane hemşirelerinin; rapor, yıllık izin, doğum izni vb. nedenlerle araştırma kapsamına alınamaması da araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için etik kurul onayı (no:2018/05/06, 12.03.2018) ve kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerden de bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca ölçek yazarlarından da e-posta aracılığı ile izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics 22,0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde betimleyici (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ve iç tutarlık analizi (Cronbach alfa) ile nonparametrik testler (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi) kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine

bakıldığında; %70,6'sının kadın, %66,7'sinin 30 yaş ve altında, %64,7'sinin bekar ve %76,5'nin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların mesleki deneyimlerinin; %35,3'nün üç yılın üzerinde olduğu, %92,2'sinin servis hemşiresi olarak ve %74,5'nin vardiyalı çalıştığı ve %80,4'nün mesleğini sevdiği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N:51)

Değişkenler		n	%
Yaş	30 yaş ve altı	34	66,7
	30 yaş üstü	17	33,3
Cinsiyet	Kadın	36	70,6
	Erkek	15	29,4
Medeni Durum	Evli	18	35,3
	Bekar	33	64,7
Eğitim durumu	Lise/Önlisans	6	11,8
	Lisans	39	76,5
	Lisansüstü	6	11,8
Mesleki deneyim	0-3 yıl	15	29,4
	4-7 yıl	18	35,3
	8 yıl ve üzeri	18	35,3
Çalışılan pozisyon	Hemşire	47	92,2
	Yönetici hemşire	4	7,8
Çalışma şekli	Devamlı gündüz/Devamlı gece	13	25,5
	Vardiyalı	38	74,5
Mesleği sevme durumu	Evet	41	80,4
	Hayır	10	19,6

Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerler ölçeği toplamı ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile iç tutarlılıkları incelendiğinde; örneklemden elde edilen ölçümlerin iç tutarlılıklarının profesyonel değerler ölçeği toplamında 0,958 iken, alt boyutlarda ise 0,722-0,881 arasında değiştiği görülmektedir. Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerler ölçeği

toplamında (123,73±18,42) yüksek düzeyde profesyonel değere sahip olduğu; (44,73±6,55) en yüksek düzeyde profesyonel değeri ise insan onuru alt boyutunda, (16,45±2,28) en düşük düzeyde profesyonel değeri de güvenlik alt boyutunda gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ölçek Toplamı ve Alt Boyut Ortalamaları İle İç Tutarlılıkları (N:51)

Ölçek	A	Ortalama	±sd	Min	Max
Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği	0,958	123,73	18,42	87,0	155,0
<i>İnsan onuru alt boyutu</i>	0,872	44,73	6,55	26,0	55,0
<i>Sorumluluk alt boyutu</i>	0,881	26,49	4,97	17,0	35,0
<i>Harekete geçme alt boyutu</i>	0,878	19,47	3,85	12,0	25,0
<i>Güvenlik alt boyutu</i>	0,722	16,45	2,28	12,0	20,0
<i>Otonomi alt boyutu</i>	0,845	16,58	2,86	11,0	20,0

α = cronbach's alpha; sd= Standard Deviation; Min=Minimum; Max=Maksimum

Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerleri tanıtıcı değişkenlere göre karşılaştırıldığında; 30 yaş ve üstü hemşirelerden kaynaklı ölçek toplamı ile insan onuru, güvenlik ve otonomi alt boyutlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsiyete göre ise erkek hemşirelerden kaynaklı insan onuru alt boyutunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Mesleki deneyim açısından da 8 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip ameliyathane hemşirelerinden kaynaklı güvenlik alt boyutunda ileri düzeyde ($p<0,01$), otonomi alt boyutunda da anlamlı

düzeyde ($p<0,05$) bir fark olduğu saptanmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerleri mesleklerini sevmeleri açısından karşılaştırıldığında; mesleğini sevmeyenlerden kaynaklı ölçek toplamı ve alt boyutlarında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Bununla birlikte ameliyathane hemşirelerinin medeni durum, eğitim düzeyleri ve çalışılan pozisyona göre ise profesyonel değerleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Ameliyathane Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Tanıtıcı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Değişken	n	Ölçek Toplamı M±SD	İnsan Onuru M±SD	Sorumluluk M±SD	Harekete Geçme M±SD	Güvenlik M±SD	Otonomi M±SD	
Yaş	30 yaş ve altı	34	127,82±16,71	46,29±5,76	27,26±4,69	20,09±3,74	16,97±2,18	17,21±2,67
	30 yaş üstü	17	115,53±19,43	41,59±7,08	24,94±5,27	18,24±3,87	15,41±2,18	15,35±2,89
	Z _{MU} / X _{KW}		-2,160	-2,314	-1,553	-1,626	-2,329	-2,170
	p		0,031*	0,021*	0,120	0,104	0,020*	0,030*
Cinsiyet	Kadın	36	126,33±17,95	46,31±5,70	26,86±5,12	19,81±3,76	16,61±2,36	16,75±2,95
	Erkek	15	117,47±18,64	40,93±7,10	25,60±4,63	18,67±4,06	16,07±2,12	16,20±2,68
	Z _{MU} / X _{KW}		-1,469	-2,497	-0,964	-0,904	-0,720	-0,668
	p		0,142	0,013*	0,335	0,366	0,472	0,504
Medeni Durum	Evli	18	123,67±22,79	45,11±8,55	26,39±5,56	19,61±4,20	16,17±2,71	16,39±3,33
	Bekar	33	123,76±15,95	44,52±5,30	26,55±4,70	19,39±3,71	16,61±2,04	16,70±2,62
	Z _{MU} / X _{KW}		-0,217	-0,741	-0,138	-0,257	-0,517	-0,080
	p		0,828	0,459	0,890	0,797	0,605	0,937
Eğitim durumu	Lise/Önlisans	6	115,50±21,30	40,83±7,83	24,50±5,32	18,17±4,40	15,67±2,34	16,33±3,67
	Lisans	39	123,41±17,81	44,97±6,43	26,18±4,66	19,38±3,67	16,44±2,27	16,44±2,80
	Lisansüstü	6	134,00±17,92	47,0±5,44	30,50±5,36	21,33±4,50	17,33±2,42	17,83±2,48
	Z _{MU} / X _{KW}		2,815	2,730	2,730	2,086	1,454	1,175
	p		0,245	0,255	0,255	0,352	0,483	0,556
Mesleki deneyim	0-3 yıl	15	121,67±15,01	44,73±5,04	25,73±3,88	18,80±3,76	15,93±2,02	16,47±2,77
	4-7 yıl	18	131,28±17,51	46,78±6,45	28,06±5,18	20,89±3,66	17,78±2,13	17,78±2,49
	8 yıl ve üzeri	18	117,89±20,15	42,67±7,41	25,56±5,40	18,61±3,90	15,56±2,12	15,50±2,96
	Z _{MU} / X _{KW}		5,137	3,000	3,000	4,054	9,824	5,848
	p		0,077	0,223	0,223	0,132	0,007**	0,054*
Çalışılan pozisyon	Hemşire	47	124,02±17,60	44,85±6,39	26,53±4,77	19,47±3,78	16,49±2,22	16,69±2,71
	Yönetici hemşire	4	120,25±29,84	43,25±9,32	26,00±7,87	19,50±5,26	16,00±3,37	15,50±4,65
	Z _{MU} / X _{KW}		-0,158	-0,422	-0,176	-0,018	-0,318	-0,460
	p		0,875	0,673	0,861	0,986	0,750	0,645
Çalışma şekli	Devamlı gündüz	13	125,54±21,69	45,15±6,69	26,85±5,68	19,92±4,59	17,08±2,63	16,54±3,38
	Vardiyalı	38	123,11±17,45	44,58±6,59	26,37±4,77	19,32±3,62	16,24±2,15	16,61±2,71
	Z _{MU} / X _{KW}		-0,606	-0,401	-0,379	-0,597	-1,211	-0,196
	p		0,545	0,689	0,704	0,550	0,226	0,844
Mesleği sevme durumu	Evet	41	127,68±17,09	46,0±5,63	27,49±4,88	20,24±3,65	16,93±2,13	17,02±2,81
	Hayır	10	107,50±14,92	39,50±7,75	22,40±2,80	16,30±3,06	14,50±1,90	14,80±2,44
	Z _{MU} / X _{KW}		-3,015	-2,569	-3,033	-2,825	-2,969	-2,276
	P		0,003**	0,010**	0,002**	0,005**	0,003**	0,023*

ZMU / X KW= Mann Whitney U/ Kruskal Wallis; M=Mean; SD=Standard Deviation; p<0,05*; p<0,01**; p<0,001***

TARTIŞMA

Hemşirelerin profesyonel değerlerinin ölçüldüğü araştırmalardan birinde %36,5'inin 28-35 yaş aralığında olduğu, %56,4'ünün evli ve %75,6'sının lisans mezunu olduğu, %69,2'sinin mesleğini sevdiği;¹³ bir diğer çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerin %86,2'sinin kadın, %42,9'nun bekar, %53,2'sinin lisans mezunu, %70,3'nün servis hemşiresi olarak çalıştığı ve %65,6'sının beş yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olduğu belirlenmiş¹⁰ olup çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Türe ve Demirsoy¹⁴ tarafından yapılan çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32,14±7,12 olup; %84,2'si kadın, %53,6'sı evli, %61,9'u lisans mezunu, %61,7'si mesleğini isteyerek seçmiş, %57,6'sı mesleğinden memnun olduğunu ifade etmiş olup çalışma bulgularını desteklemektedir.

Ameliyathane hemşireleriyle yapılan bir çalışmada da araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin %69,7'sinin kadın, %48,4'ünün 36-40 yaş aralığında, %59,8'i lisans düzeyinde, %89,3'ünün evli, %28,7'sinin 11-15 yıl mesleki deneyime sahip olduğu, %71,3'ünün mesleğini ve %82'sinin şu anki görevini isteyerek seçtiği belirlenmiştir.¹⁵ Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir diğer çalışmada da ameliyathane hemşirelerinin %93,63'ünün kadın, %38,18'inin 35-40 yaş arasında, %69,09'unun evli, %78,19'unun lisans mezunu olduğu, %56,37'sinin 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu ve %54,55'inin hemşirelik mesleğini ve ameliyathanede çalışmayı isteyerek seçtiği belirlenmiş⁹ olup bu çalışmanın bulgularını ile uyumludur. Sonuç olarak hemşirelerin profesyonel değerlerinin değerlendirildiği çalışmalarda; örneklemin genel olarak genç ve orta yaşta, kadın, lisans mezunu, evli ve mesleğini seven bir profile sahip olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin hem ölçek toplamı hem de alt boyut puan ortalamaları yüksek düzeyde bulunmuş olup; profesyonel değerleri tanımlayabildikleri belirlenmiştir. Bu sonuçların; Tanrıverdi'nin¹⁰, Kaya ve Kantek'in⁶, Öz'ün¹⁶, Yayla ve ark.'nın¹⁷, Görüş ve ark.'nın¹ çalışmaları ve literatür bilgileriyle uyumlu olduğu görülmekte olup, bu durum da hemşirelerin mesleklerinin profesyonel değerlerini benimsediklerini ve uygulamaya aktardıklarını düşündürmektedir.

Türe ve Demirsoy'un¹⁴ çalışmasında hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması 114,94±16,92 olarak belirlenirken; (3,77±,701) en yüksek puan ortalamasının otonomi alt boyutunda, (3,48±,629) en düşük puan ortalamasının ise sorumluluk alt boyutunda elde edildiği belirlenmiştir.¹⁴ Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise ameliyathane hemşirelerinin (3,73±0,79) en yüksek mesleki profesyonelliklerinin bakım verme ve (3,66±0,85) adalet alt boyutunda olduğu; mesleki profesyonellik toplam puan ortalamasının (3,57±0,75) da yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş olup çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.¹⁵ Genel olarak çalışmanın ve yapılan diğer çalışmaların sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde; hemşirelerin profesyonel değerlerin tüm alt boyutlarında yüksek mesleki değerlere sahip oldukları belirtilebilir.

Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerlerinin tanıtıcı değişkenlere göre farklılaştığı; yaş, cinsiyet, mesleki deneyim ve mesleği sevmeye durumuna göre anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Tanrıverdi'nin¹⁰ araştırmasında da hemşirelerinin profesyonel değerler düzeyleri ile demografik değişkenler açısından anlamlı farklar olduğu bulunmuştur. Buna göre; profesyonel değerler düzeyinin cinsiyetle, medeni durumla, en son bitirilen okulla göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş olup çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.¹⁰ Buna karşın Görüş ve ark.¹ ile Korkmaz ve Aydemir'in¹⁸ çalışma bulgularında ise hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve iş deneyimi gibi değişkenler açısından profesyonel değerlerin etkilemediği saptanmıştır. Araştırmada ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerleri ile medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışılan pozisyon arasında anlamlı fark belirlenmezken; yönetici hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise profesyonel değerlerin eğitim düzeyiyle farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır.⁶ Bu bulgular yaş ve mesleki deneyim süresi arttıkça profesyonel mesleki algısının azaldığını; bununla birlikte erkek hemşirelerin meslekleriyle bütünleşemediklerini ve profesyonel algılarının daha az oluştuğunu düşündürmektedir.

Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada; mesleki profesyonellik ölçek puanlarının (t=2,13; p<0,05) hemşirelerin

cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği; kadın hemşirelerin mesleki profesyonellik ölçek puanlarının, erkek hemşirelerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ($t=-2,89$; $p<0,05$) bakım verme ve ($t=2,40$; $p<0,05$) sadakat alt boyut puanlarıyla, ($t=-2,33$; $p<0,05$) mesleki profesyonellik ölçek puanlarının hemşirelerin medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği; bekar hemşirelerin bakım vermeye ilişkin mesleki profesyonellik puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonellik ölçeği ($F=2,50$; $p<0,05$) puanlarının, hemşirelerin bulunduğu görevdeki çalışma sürelerine ilişkin anlamlı bir farklılık gösterdiği; bu farkın beş yıl ve daha az ile 21 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir.¹⁵ Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da; yüksek lisans mezunu hemşirelerin, mesleki profesyonellik puanlarının yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$), eğitim düzeyi arttıkça mesleki profesyonellik tutum düzeyinin arttığı saptanmıştır. Hemşirelerin mesleğe yönelik düşüncelerinin mesleki profesyonellik ile ilişkisine bakıldığında; mesleği ve ameliyathanede çalışmayı isteyerek seçen hemşirelerin mesleki profesyonellik tutum puanlarının yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) olup çalışma bulgularını desteklemektedir.⁹ Sonuç olarak mesleğini sevmeyen hemşirelerin profesyonel değer algılarının mesleğini severek yapan meslektaşlarına oranla daha az geliştiği ve güçlendiği söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerler ölçeği toplamında yüksek düzeyde

profesyonel değere sahip olduğu, en yüksek düzeyde profesyonel değeri insan onuru, en düşük profesyonel değeri ise güvenlik alt boyutunda gösterdikleri belirlenmiştir.

Ameliyathane hemşirelerinin profesyonel değerleri ile kişisel değişkenleri karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet; profesyonel değerleri ile mesleki değişkenleri karşılaştırıldığında mesleki deneyim ve mesleği sevme durumuna göre ölçek toplamı ve alt boyutlarında anlamlı farklar olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde;

- Hastaların bağımlılık düzeylerinin en yüksek düzeyde olduğu ve bilincinin olmadığı ameliyathane gibi özellikli birimlerde ameliyathane hemşirelerin profesyonel değerlerin belirli aralıklarla ölçülüp, yüksek düzeyde sürdürülmesi,
- Ameliyathane hemşirelerinin yaşı ve mesleki deneyim süreleri arttıkça azalan profesyonel değer algısının tekrar kazandırılması için profesyonel değer algısının tekrar kazandırılması için belli aralıklarla eğitimlerin düzenlenmesi,
- Özellikle erkek hemşirelere profesyonel değer algılarının artırılması ve öneminin kavranmasında daha duyarlı ve dikkatli davranılması,
- Mesleğini sevmeyerek icra eden ameliyathane hemşirelerinin ise hemşireliğin kutsallığı ve önemi ile hasta bakımında profesyonel değerlerin yeri ve önemi konusunda daha hassas davranılması önerilebilir.

Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23(1):32-40.

KAYNAKLAR

1. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(3): 137-142.
2. Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 9 (2): 81-91.
3. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence*
4. Schmidt BJ, McArthur EC. Professional nursing values: a concept analysis. *Nurs Forum* 2017; 53(6): 1-7. doi: 10.1111/nuf.12211
5. Deliktaş A, Körükçü Ö, Kabukçuoğlu K. Hemşirelik eğitiminde uygulanabilir bir yöntem: değer açıklama. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2016; 5(4): 25-31.
6. Kaya A, Kantek F. Yönetici hemşirelerin profesyonel değerler algısı ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve*

- Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016; 3(1): 18-25.
7. Aydın AI, Ozyazicioglu N, Atak M, Surenerler, S. Determination of professional values in nursing students. *Int J Caring Sci* 2018; 11(1): 254-261.
 8. Çevik Acar E, Yıldız Fındık Ü. Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(4): 268-273.
 9. Güvenir Özpekin Ö, Erdim A. Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin intraoperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2016; 8(4): 277-287.
 10. Tanrıverdi H. Hemşirelerin profesyonel değerleri ile örgütsel vatandaşlık davranış düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ulakbilge* 2017; 5(13): 1183-1204.
 11. Weis D, Schank MJ. An instrument to measure professional nursing values. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(2): 201-204.
 12. Şahin Orak NS, Ecevit Alpar S. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(5): 22-31.
 13. Tarhan G, Kılıç D, Yıldız E. Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2016; 58: 411-416.
 14. Türe A, Demirsoy N. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2018; 6(66): 108-120.
 15. Hisar K M, Oflaz A. Ameliyathane hemşirelerinde iş doyumunu ve mesleki profesyonellik. *Genel Tıp Dergisi* 2019; 29(4): 175-182.
 16. Öz M. Cerrahi hemşirelerin mesleki profesyonellik ve örgütsel vatandaşlık davranışları. [Yüksek Lisans Tezi] Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
 17. Yayla A, Özlü ZK, Gümüş K, Sevinç G, Khaghani E. İki farklı kültürdeki hemşirelerin profesyonel değerlerinin incelenmesi: farklı iki ülke örneği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2015; Eylül/Ekim/Kasım/Aralık Sonbahar Kış Dönemi (5), 19-33.
 18. Korkmaz O, Aydemir S. Örgütsel sessizlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2015; 13(2): 140-165.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planı Algısı Discharge Plan Perception of Intensive Care Nurses

Senem KUŞELİ DOST^{1a}, Hülya KAYA^{2b}

ÖZET Amaç: Araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin taburculuk planı algısını belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın verileri gerekli kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra 04.05.2011 - 04.11.2011 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı yedi Eğitim Araştırma Hastanesi, iki Özel Hastane ve bir Üniversite Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 332 hemşire ile yapılan görüşmeler ile toplandı. Veriler, araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan "Bilgi Formu" ve "Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algı Ölçeği" kullanılarak toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis analizi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (OnewayAnova testi), bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. **Bulgular:** Hemşirelerin yoğun bakım ünitesi taburculuk planı toplam algı puanlarının 22 ile 64 arasında değiştiği ve ortalama algı puanının 41,26±6,58 olduğu bulundu. Hemşirelerin; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi ve yoğun bakımda çalışma süresine göre taburculuk planı algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı. Yoğun bakım ünitesindeki görevine, yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim programlarına katılma durumuna ve yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı sürecine aktif şekilde katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlendi (p<0,05). Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde taburculuk planını önemli bulma düzeyi arttıkça yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı konusunda algısının da olumlu yönde arttığı belirlendi. **Sonuç:** Çalışma sonuçlarına göre; yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planı algısı orta düzeyde bulunmuştur. Bu sebeple; yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planı algısını olumlu yönde etkileyecek ve arttıracak nitelikte hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve yoğun bakım hemşireliğine yönelik sertifika programlarının taburculuk planı süreci açısından gözden geçirilerek hemşirelerin sertifikalandırılması önerildi.

Anahtar kelimeler: Algı, Hemşirelik, Taburculuk, Taburculuk Planı, Yoğun Bakım

ABSTRACT Aim: The research was carried out to determine the discharge plan perception of nurses working in the intensive care unit. **Methods:** The data of the descriptive study was studied in the intensive care units of seven Training and Research Hospitals, two Private Hospitals and one University Hospital affiliated to the Istanbul Provincial Health Directorate between 04.05.2011-04.11.2011 after the necessary institutional permissions and ethics committee approval were obtained. It was gathered through interviews with 332 nurses who agreed to participate. The data were collected by using the "Information Form" and "Discharge Planning Perception Scale of Intensive Care Unit Nurses" created by the researchers by examining the relevant literature. Number, percentage, mean, standart deviation, Kruskal Wallis analysis, one-way analysis of variance (OnewayAnova test) in independent groups and t test in independent groups were used to evaluate the data obtained from the study. **Results:** It was found that the nurses' total perceptions cores of intensiv e care unit discharge plan varied between 22 and 64, and the average perceptions corewas 41.26±6.58. Nurses; It was determined that there was no statistically significant difference between the meanscores of discharge plan perception according to age, gender, educational status, working time as a nurse and working time in the intensive care unit. It was determined that there was a statistically significant difference according to the position in the intensive care unit, participation in in-service training programs for intensive care nursing and actively participating in the discharge plan process in the intensive care unit (p<0.05). Itwas determined that as the level of nurses' finding discharge plan in the intensive care unit important increases, the perception of discharge plan in the intensive care unit also increases. **Conclusion:** According to the results of the study; discharge plan perception of intensive care nurses was found to be moderate. Therefore; It was recommended to organize in-service training programs that will positively affect and increase the discharge plan perception of intensive care nurses, and review the certificate programs for intensive care nursing in terms of the discharge plan process and to certify nurses.

Keywords: Discharge, Discharge Plan , Intensive Care, Nursing, Perception

GİRİŞ

Günümüzde sağlık bakım sisteminde yaşanan değişim ve gelişmeler sağlık bakımı maliyetlerinin düşürülmesi, hastane kalış süresinin kısılması, tekrarlı yatışları önleme, bakımın sürekliliğini sağlama, taburculuk süreçlerine ilişkin çabaların artmasına yol açmıştır. Bu değişim ve gelişmeler hastanelerde geri kabul oranlarının

izlenmesini, hastanelerde önlenebilir geri kabullerin oranının hasta bakım kalitesinin bir göstergesi olarak ele alınmasını

zorunlu kılmıştır.¹ Geri yatışların azaltılması, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve ekonomik giderlerin azaltılması açısından da önem kazanmıştır.^{2,3} Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 35 milyondan fazla hastanın taburculuk işleminin gerçekleştiği ve

Geliş Tarihi/Received: 09.06.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 06.08.2021

ORCID: 0000-0002-9930-7592^a, 0000-0001-6769-7613^b

¹IUC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Rektörlüğü Avcılar/ İstanbul

²İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Senem KUŞELİ DOST

E-posta: senem.dost@iuc.edu.tr

bu insanların arasında planlanmamış geri yatışların yıllık maliyetinin 15 ile 20 milyar dolar arasında değiştiği bildirilmektedir.^{4,5,6} Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2018 yılı bakımın sürekliliği ve koordinasyonu raporunda; geri kabullerin önlenmesinde ve bakımın sürekliliği ile koordinasyonun da hastanın hastaneye yatışı ile başlatılan taburculuk planlamasının önemli olduğunu vurgulamıştır.⁷ Taburculuk planı disiplinler arası bir yaklaşımla bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla veri toplama, tanı koyma, hedef belirleme, planlama, uygulama, koordinasyon ve değerlendirme basamaklarından oluşan, hasta ve ailenin taburculuk sonrası takip ve değerlendirilmesini de içine alan bir süreçtir. Uluslararası Ortak Komisyon (The Joint Commission International - JCI) 2013 raporunda; taburculuk planının etkin ve verimli olması için hasta kabulünden sonra mümkün olduğu kadar erken başlamasının önemli olduğunu vurgulamaktadır.⁸

Amerika Birleşik Devletleri'nde hastane yatışlarının ilk basamağı olan yoğun bakımlara yılda ortalama 5 milyon hasta kabul edilmektedir.⁹ Yoğun bakım ünitelerinde hastaların taburculuğa yönelik birçok gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bu durum taburculuk planının yoğun bakımda başlatılmasının önemini artırmaktadır. Taburculuk planının ilk ve en önemli basamağı olan veri toplama özellikle hastanın hastaneye yatışından itibaren başlatılması gereken önemli bir aşamadır. Eaton ve ark. hastanın hastaneye yatışı ile başlatılması gereken taburculuk planının uygulamada hastanın hastanede kalışının sonunda yapılması gereken ikincil faaliyet olarak kabul edildiğini ve bu nedenle süreçte sıkıntılar yaşandığını belirtmiştir.⁹

Taburculuk planı, hastanın bir bakım biriminden diğerine geçişte neye ihtiyaç duyduğuna karar vermek, hasta ve ailesinin bir sonraki bakım aşamasında sağlık gereksinimlerinin giderilmesi ve yönetimi için hazır hale gelmesi süreci olarak tanımlanmaktadır.^{3,5,9} Sağlık bakım sisteminin sürdürülebilirliği ve bakım kalitesini arttırmada taburculuk planı hayati öneme sahiptir.¹ Dolayısıyla yoğun bakım gibi kritik ünitelerde başlatılması ve yürütülmesinde yoğun bakım hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir.^{10,11} Yoğun bakım hemşiresi hastanın kritik dönemlerinde bakım gereksinimlerini belirlerken taburculuğa yönelik gereksinimlerini de belirlemelidir.¹² Bu sorumluluğun yerine getirilmesinde konuya

ilişkin algı önemli bir etkidir. Konuya ilişkin sınırlı sayıdaki çalışmada; yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin taburculuk planı sürecindeki rollerinin farkında olmadığı, taburculuk planının yoğun bakım hemşiresinin rolü olmadığını düşündükleri belirlenmiş ve taburculuk planı sürecinin hemşirelik süreci ile birlikte başlatılması gerektiği vurgulanmıştır.¹¹⁻¹⁵

Konunun önemine karşın Türkiye'de yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planına ilişkin algılarına yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak, araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin taburculuk planı algısını belirlemek, konuya ilişkin temel ve sürekli eğitim programlarının yapılandırılmasına kaynak oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin taburculuk planı algısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde planlandı.

Bu amaç doğrultusunda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı.

- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin taburculuk planı algısı nasıldır?
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin taburculuk planına ilişkin algısı sosyo-demografik özelliklerinden etkilenmekte midir?

Çalışmanın Yeri ve Örneklemi

Araştırmada örneklem sayısı "evrendeki eleman sayısı bilinmeyen formül" yoluyla hesaplandı ve çalışmaya en az 270 hemşirenin alınmasına karar verildi. Araştırmanın örneklemine geliş güzel yöntemle İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı yedi Eğitim Araştırma Hastanesi, iki Özel Hastane ve bir Üniversite Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 332 hemşire oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, Bilgi Formu ve Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algı Ölçeği kullanıldı.

Bilgi Formu: Literatür ışığında geliştirilen formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve taburculuk planına ilişkin görüşlerini içeren sorular yer almaktadır.¹¹⁻¹⁵ Sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi, yoğun bakımdaki görevi, yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim

programına katılma, yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma, yoğun bakım ünitesi taburculuk planlamasına katılma durumunu içermektedir. Ayrıca hemşirelerin, taburculuk planlamasının önemine ilişkin görüşü Görsel Analog Skala (Visual Analog Scala) kullanılarak toplandı.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algı Ölçeği: Ölçek Chaboyer ve arkadaşları¹³ tarafından geliştirilmiş ve Cronbach Alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Kuşeli Dost ve Kaya tarafından 2015 yılında yapılmış güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları 0,70 olarak bulunmuştur.¹⁶ Ölçeğinin güvenirlik çalışması için 14 maddenin madde-alt boyut toplam puan korelasyonları Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Maddelerin korelasyon güvenirlik katsayılarının $r = ,31$ ile $,62$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.⁽¹⁶⁾ Ölçek yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin algı durumlarını belirlemeye yönelik 14 ifadeyi içermektedir.

Beşli likert tipindeki ölçek; 1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Kararsızım 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte ters ifadede oluşan 10 madde (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13 ve 14. Madde) puanları tersine çevrilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlamasına ilişkin algılarını yansıtmaktadır. Toplam puan arttıkça algılar olumlu yönde artmaktadır. Ölçekten alınabilecek olası en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Ölçeğin Türkçe formunun, yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlamasına ilişkin algılarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.¹⁶

Verilerin Toplanması

Veriler etik kurul onayı, kurum izinleri ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra araştırmacılar tarafından 04.05.2011 - 04.11.2011 tarihleri arasında toplandı. Gönüllülük esas alındı. Bilgi formu ve ölçekteki soruların cevaplanması ortalama 15-20 dk. sürdü.

Verilerin Analizi

Veriler bilgisayarda, SPSS istatistik programı (Statistical Package for Social Sciences for

Windows 16,0) kullanılarak değerlendirildi. Verilerin dağılımının incelenmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri kullanıldı. Sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler ifade edilirken, kategorik verilerde sayı ve yüzdelik hesaplamalar yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin araştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Karşılaştırmalı verilerde t-test, Anova One-Way kullanılmış, tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada kullanılan ölçeğin güvenirlik ve geçerliği araştırmacılar tarafından yapıldı. Etik kurul onayı (B.30.2.İST.0510000-30 sayılı) ve araştırmanın uygulanacağı kurumlar için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alındı. Hemşirelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak, çalışmanın amacı, kendilerinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesine önem verildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini sadece İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yetişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bu durum araştırma sonuçlarının tüm yoğun bakım hemşirelerine genellemesinde sınırlılık oluşturmaktadır.

BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerin taburculuk planı algılarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, hemşirelerin taburculuk planı algıları ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre taburculuk planı algıları olmak üzere üç bölümde incelendi.

Hemşirelerin yaşları 20 ile 51 arasında değişmekte olup, ortalaması $28,27 \pm 4,63$ bulunmuştur. Hemşirelerin %35'inin (116 kişi) 20-25 yaş arasında, % 34'ünün (113 kişi) 26-30 yaş arasında, %31'inin (103 kişi) 31 yaş ve üzerinde olduğu, %79,8'inin (265 kişi) kadın, %20,2'sinin (67 kişi) erkek olduğu, % 60,5'inin (201 kişi) bekar; %39,5'inin (131 kişi) evli olduğu, %25'inin (83 kişi) sağlık meslek lisesi mezunu, %13,3'ünün (44 kişi) ön lisans mezunu, %58,1'inin (193 kişi) lisans mezunu, %3,6'sının (12 kişi) yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalışma süreleri 1 ay ile 32 yıl arasında değişmekte olup, ortalamasının $6,16 \pm 4,87$ yıl olduğu

bulunmuştur. Hemşirelerin %90,7'sinin (301 kişi) yoğun bakım ünitesinde yatak başı hemşiresi, %9,3'ünün (31 kişi) yönetici hemşire (Ünite Başhemşiresi, sorumlu hemşire) olarak çalıştığı, %81'inin (269 kişi) yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim programlarına katıldığı, %19'unun (63 kişi) katılmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin %41,9'unun (139 kişi) yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olduğu, %58,1'inin (193 kişi) sahip olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %70,8'i (235 kişi) yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı yaptığını %29,2'si (97 kişi) yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=332)

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
20-25	116	35
26-30	113	34
≥31	103	31
Yaş ortalaması	28,27±4,63	
Cinsiyet		
Kadın	265	79,8
Erkek	67	20,2
Medeni Durum		
Evli	201	60,5
Bekar	131	39,5
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	83	25,0
Ön lisans	44	13,3
Lisans	193	58,1
Yüksek Lisans	12	3,6
Çalışma Süreleri		
≤11Ay	30	9
1-4 yıl	131	39,5
5-9 yıl	97	29,2
≥ 10	74	22,3
Çalışma Süresi Ortalaması	6,16±4,87	
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süreleri		
≤11 Ay		
1-4 yıl	56	16,9
5-9 yıl	156	47
≥ 10	88	26,5
	32	9,6
Yoğun Bakım Ünitesindeki Görev Dağılımı		
Yatak başı Hemşiresi	301	90,7
Yönetici Hemşire	31	9,3
Yoğun Bakım Hemşireliğine Yönelik Hizmet İçi Eğitime		
Katılan	269	81
Katılmayan	63	19
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına		
Sahip Olan	139	41,9
Sahip Olmayan	193	58,1
Yoğun Bakım Ünitesinde Taburculuk Planlaması		
Yapan	235	70,8
Yapmayan	97	29,2

Yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planlaması algı ölçeğinin madde dağılımı ve aritmetik ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ortalamanın “Taburculuk planlaması hastalar için yararlıdır” ($4,03\pm 0,78$) maddesinde olduğu, bu maddeyi “Yoğun bakım ünitesinde taburculuk planlaması yararlıdır” ($3,63\pm 0,99$) ve “Yoğun bakım ünitesindeki hemşireler taburculuk planlamasını yeterince kavrayamamışlardır” ($3,48\pm 0,99$) maddelerinin

izlediği, en düşük ortalamanın; “Yoğun bakım ünitesindeki hastanın durumundaki ani değişimler taburculuk planlamasını güçleştirir” ($2,11\pm 0,94$) maddesi olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin taburculuk planı toplam algı puanlarının 22 ile 64 arasında değiştiği ve ortalama algı puanının $41,26\pm 6,58$ olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planı Algısı (n=332)

Maddeler	Min. Puan	Max. Puan	\bar{x}	SD
Taburculuk planlaması hastalar için yararlıdır	1,00	5,00	4,03	0,78
Yoğun bakım ünitesinde taburculuk planlaması yararlıdır	1,00	5,00	3,63	0,99
Yoğun bakım ünitesindeki hemşireler taburculuk planlamasını yeterince kavrayamamışlardır	1,00	5,00	3,48	0,99
Hekimler hemşireleri taburculuk planlaması için yönlendirir	1,00	5,00	3,17	1,07
Taburculuk planlaması yatak başı hemşiresinin sorumluluğudur	1,00	5,00	3,07	1,09
Yoğun bakım ünitesi taburculuk planlaması için uygun değildir	1,00	5,00	3,04	1,14
Yoğun bakım ünitesinde taburculuk planlaması yeterince gelişmemiştir	1,00	5,00	2,97	1,12
Taburculuk planlaması servis hemşirelerinin sorumluluğudur	1,00	5,00	2,90	1,19
Taburculuk planlaması daha fazla kayıt işi demektir	1,00	5,00	2,85	1,15
Yoğun bakım ünitesinde taburculuk planlaması öncelikli değildir	1,00	5,00	2,73	1,14
Taburculuk planlaması zaman alır	1,00	5,00	2,67	1,07
Hastanın iyileşeceğinden emin olunmadığında taburculuk planlaması güçtür	1,00	5,00	2,40	1,01
Yoğun bakım ünitesindeki hastanın durumunun aniden değişmesi taburculuk planlaması için zamanı sınırlar	1,00	5,00	2,22	0,92
Yoğun bakım ünitesindeki hastanın durumundaki ani değişimler taburculuk planlamasını güçleştirir.	1,00	5,00	2,11	0,94
Toplam Ölçek Puanı	22,00	64,00	41,26	6,58

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşire olarak çalışma sürelerinde taburculuk planı algı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı

bulunmuştur ($p>0,05$). Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışma süresine göre taburculuk planı algı puanları gruplar arası fark

varyans analizi ile incelendiğinde anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($F=,487, p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre taburculuk planı algı puanları gruplar arası fark incelendiğinde $F=,037, p>0,05$ sonucuna ulaşılmış ve anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin yoğun bakım ünitesindeki görevine göre taburculuk planı algı puanları arasında gruplar arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), yönetici hemşire (ünite başhemşiresi, sorumlu hemşire) olarak çalışanların taburculuk algısı puan ortalamalarının yatak başı hemşiresi olarak çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Hemşirelerin yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim programlarına katılma durumuna göre gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$), eğitime katılan hemşirelerin taburculuk planı algısı puan ortalamalarının

katılmayanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3). Hemşirelerin yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumuna göre taburculuk planı algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı yapma durumuna göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, taburculuk planı yaptığını ifade eden hemşirelerin taburculuk algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 3). Yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin taburculuk planını önemli bulma puanları ile Taburculuk Planlaması Algı ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, ilişkinin pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r: 0,29, p<0,001$).

Tablo 3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Taburculuk Planı Algısı

Özellikler	N	$\bar{x} \pm SD$	Test	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Yaptığı Görevi				
Yönetici Hemşire	31	44,00±4,92	*t: 2,455	0,015
Yatak Başı Hemşiresi	301	40,98±6,67		
Yoğun Bakım Hemşireliğine Yönelik Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılma				
Evet	269	41,73±6,73	*t: 2,735	0,007
Hayır	63	39,24±5,51		
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma				
Evet	139	41,91±6,25	*t: 1,525	0,128
Hayır	193	40,79±6,79		
Yoğun Bakım Ünitesinde Taburculuk Planlaması Sürecine Aktif Bir Şekilde Katılma				
Evet	235	41,86±6,57	*t: 2,630	0,009
Hayır	97	39,79±6,39		

*Bağımsız örneklem t testi

TARTIŞMA

Hemşirelerin yaş ortalaması $28,27 \pm 4,63$, çoğunluğu (%79,8) kadın ve (%60,5) bekadır. Chaboyer ve ark.¹³ çalışmalarında hemşirelerin yaş ortalamasını $34,5$ olarak bulmuştur. Altınöz ve Demir¹⁷ ile Bozkurt ve ark.¹⁸ yoğun bakım hemşirelerinin profiline yönelik yaptıkları çalışma sonuçlarında hemşirelerinin yaş ortalamasını $29,68 \pm 5,35$ olarak bulmuştur. Çalışmanın sonuçları diğer araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Bu sonuçlar yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin genç yaş grubundan oluştuğu izlenimini vermiştir.

Hemşirelerin çalışma sürelerinin ortalaması $6,16 \pm 4,87$ yıl, yoğun bakım ünitesinde çalışma sürelerinin ortalaması ise $4,30 \pm 3,83$ yıl olarak bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde bir yıldan az deneyime sahip olan hemşirelerin oranı (%16,9) küçümsenmeyecek düzeydedir. Chaboyer ve ark.¹³ ve Watts ve ark.¹⁴ çalışmalarında hemşirelerin yoğun bakımda çalışma sürelerinin ortalamasının $6,5$ yıl olduğu belirtilmiştir. Bozkurt ve ark.¹⁸ çalışmasında hemşirelerin yoğun bakımda ortalama $5,59 \pm 5,26$ yıl çalıştığını belirtmiştir.

Çalışmadaki hemşirelerin yoğun bakım çalışma deneyimleri diğer çalışmadaki hemşirelerin deneyimlerine göre daha düşük düzeydedir. Bu sonuç çalışmada bir yıldan az deneyime sahip olan hemşire oranı ile birlikte değerlendirildiğinde deneyim yıllarının az olduğu söylenebilir.

Hayajneh ve ark.¹⁹ akut bakım ünitelerindeki hemşirelerin taburculuk planına yönelik bilgi, algı ve uygulamasına yönelik araştırmasında; hemşirelerin deneyim yılı arttıkça hastaların iyileşmesinde ve sağlık sonuçlarının üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir.

Bozkurt ve Türkmen hemşirelerin deneyim yılı arttıkça gerçek ve olası sorunları mantıklı tanımladığını, olası sonuçları ve nedenlerini daha iyi belirlediğini ve kanıtları kullandığını, analitik ve eleştirel düşünme becerilerinin geliştiğini belirtmiştir.²⁰ Çalışma sonuçlarına göre; hemşirelerin hem mesleki hem de yoğun bakımda çalışma deneyimlerinin az olması nitelikli, güvenli bakım ve taburculuk planlaması açısından olumsuz bir durum olarak yorumlanmıştır.

Hemşirelerin çoğunluğu lisans mezunu, (%58,1) küçük bir oranı (%3,6) yüksek lisans mezunudur. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin eğitim durumu ile taburculuk

planı algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak; Hayajneh ve ark.¹⁹ çalışmalarında eğitim seviyesi ile taburculuk planı uygulanması arasında güçlü bir ilişki olduğu, lisansüstü eğitim seviyesindeki hemşirelerin taburculuk planı uygulamasında daha sistematik davrandığı ve daha başarılı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Audet ve ark.²¹ çalışmalarında; eğitim seviyesi yüksek hemşirelerin daha profesyonel davranış gösterdiğini, lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin; bakımının kalitesinin artırılmasında, mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesinde olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir.

Kelly ve ark.²² yaptığı çalışmada lisans ve lisansüstü derecesine sahip yoğun bakım hemşirelerinin oranında %10 artışın mortalite de %2 oranında azalma sağladığı sonucuna ulaşmıştır. Bu bilgiler ışığında sonuç; araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu olmasına bağlanmıştır.

Çalışmada yönetici hemşire (ünite başhemşiresi, sorumlu hemşire) olarak çalışanların taburculuk planlama algısı puan ortalamasının yatak başı hemşiresi olarak çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kauppi ve ark.²³ çalışmalarında; yoğun bakımda daha uzun yıllar çalışan deneyimli hemşirelerin daha az yıl çalışan hemşirelere göre taburculuk planı ile ilgili algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç yöneticilerin mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi ve sistemin oluşturulması açısından olumlu bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

Hemşirelerin çoğunluğunun (%58,1) yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmadığı belirlenmiştir. Watts ve ark.^{11,12} çalışmalarında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun yoğun bakıma özgü sertifikaya sahip olduğu vurgulanmıştır.

Whitehead ve ark. tarafından yapılan çalışmada sertifikalı hemşire sayısındaki her %10'luk artışın hastaların mortalite olasılıklarında %6'lık bir düşüş sağladığı ve sertifikalı hemşirelerin bilgisinin, başarı ve mesleki doyumlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁴

Literatürde Yoğun Bakım Ünitelerinde uzmanlık sertifikasına sahip hemşirelerin; değişen sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılama da, bakımın kalitesini artırma da, maliyet

etkinliğini sağlama da, hasta memnuniyetinin artmasında oldukça etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca hemşirelerin güncel kritik bakım bilgi ve becerilerinin daha güçlü olmasını sağlayarak personel değişim oranını düşürme, hemşirelerin kuruma olan bağlılığını arttırmada da sertifika programlarının etkisinin olumlu olduğu belirtilmiştir.²⁵⁻²⁹

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yayımlanan “Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği”, yoğun bakım hemşireliği ve diğer özel dal hemşireliğine yönelik sertifikalı eğitim programları için tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan yasal bir zemin oluşturmuştur. Yoğun bakım hemşireliği sertifikasyon programları 2015 yılından bu yana çok sayıda merkezde yürütülmesine rağmen halen yoğun bakım ünitelerinde sertifikasız hemşireler çalışmaktadır.²⁰ Bu bağlamda Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin alana özgü sertifikalarının olmayışı hizmet kalitesi ve bireysel yararlarının yanı sıra taburculuk planlamasına yaklaşımları açısından olumsuz bir durum olarak yorumlanmıştır.

Çalışmada sonuçlarına göre; hemşirelerin %19'unun yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitim programına katılmadığı belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelik hizmetlerinde kaliteyi yükseltmenin en önemli unsurlarından birisi nitelikli/deneyimli hemşirelerin istihdam edilmesi ve gelişimlerinin hizmet içi eğitimlerle pekiştirilmesidir. Needleman ve ark.³⁰ ile Palaz ve ark.³¹ yaptıkları çalışmalarda, aynı sayıdaki hastaya daha nitelikli hemşirelik eğitimi almış, hizmet sunduğu alanda yeterli olan profesyonel hemşirelerin bakım vermesi halinde, hastaların hastanede kalış süresinde, önlenebilir ölümlerde, istenmeyen olaylarda ve maliyette azalma olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımının güvenilirliği ve niteliği açısından düşündürücü olduğu kadar taburculuk planı süreci açısından da olumsuz bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre; hemşirelerin çoğunluğu yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı sürecine aktif şekilde katıldığını belirtmiştir. Bu sonuç Watts ve ark.¹² çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Bu olumlu bir sonuçtur. Ancak bu sonuç, veri toplama sırasında yapılan gözlem sonuçları ile örtüşmemektedir. Yoğun Bakım Üniteleri'nde

taburculuk sürecinin uygulandığını gösterir herhangi bir dokümana rastlanmamıştır. Bu durumun yoğun bakım ünitelerinde taburculuk planı sürecinin sistematik biçimde uygulanmadığı sadece bireysel girişimlerle sınırlı kaldığını düşündürmüştür. Ayrıca buna ek olarak hemşirelik taburculuk planı sürecine katıldığını belirtmesi sonucunu, ölçek maddelerinde yer alan hekimler hemşireleri taburculuk planlaması için yönlendirir ifadesinin puan ortalamasının yüksek olması ile bütünleştirdiğimizde; hemşirelerin taburculuk planını hekimin hastayı yoğun bakımdan çıkarma kararı ve hastanın yoğun bakımdan başka bir yere geçişi ve bu sırada yaptıkları işler olarak algıladığı şeklinde yorumlanmıştır.

Kauppi ve ark.²³ çalışmalarında; yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı için kullanılan yazılı dokümantasyonun; hem yoğun bakım hemşiresi, hem hastanın transfer edildiği diğer bölüm hemşiresi için faydalı olduğu ayrıca bakımın sürekliliği ve hasta güvenliği için de oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır.

Kauppi ve ark.'nın²³ servis hemşirelerinin yoğun bakım ünitesinden gelen hastaların taburculuk sürecine ilişkin deneyimleri ile ilgili çalışmalarında; serviste çalışan hemşirelerin yoğun bakım ünitesinden gelen hastaların taburculuk gereksinimlerinin daha fazla ve karmaşık bulduğunu, taburculuk gereksinimlerini karşılamada kendilerini yoğun bakım hemşireleri kadar yeterli hissetmedikleri belirtmiştir. Ölçekte yer alan taburculuk planlaması servis hemşirelerinin sorumluluğudur maddesinin puan ortalamasının düşük olması yoğun bakım hemşirelerinin aslında bu sorumluluğun kendilerinde olduğu düşüncesini taşıdığı şeklinde yorumlanmıştır. Bu bağlamda yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planı ile ilgili algısının güçlü olması diğer bakım ünitelerine geçişte hem diğer ünitelerde bakımın ve taburculuk sürecinin devamlılığını sağlayacak meslektaşları hem de hasta adına olumlu sonuçlar doğuracağını düşündürmüştür.

Zhu ve ark.³² meta analiz çalışmasında hemşire liderliğindeki erken taburculuk planının; hastanede kalış süresi ortalama iki gün azalttığı, yeniden yatış riskini %28 azalttığını belirlemiştir. Hemşire liderliğindeki erken taburculuk planının maliyetleri azaltabileceği, hastaların taburculuk planı ve

yaşam kalitesi ile ilgili memnuniyetini artırebileceğini vurgulamıştır.

Çalışmada hemşirelerin, taburculuk planı algısı orta düzeyde bulunmuş, ortalama algı puanının $41,26 \pm 6,58$ yoğun bakım ünitesinde taburculuk planını önemli bulma düzeyi arttıkça yoğun bakım ünitesinde taburculuk planı konusunda algılarının da olumlu yönde arttığı saptanmıştır. Ayrıca hemşireler taburculuk planlamasının hastalar için yararlı olduğunu ifade eden ölçek maddesine, yoğun bakım ünitesinde taburculuk planlaması yararlıdır ifadesine yüksek puan vermişlerdir.

Taburculuk planlamasının yatak başı hemşiresinin sorumluluğu olduğu ifadesinin de puan ortalaması yüksek olup; bu durum hemşirelerin hastanın bütüncül bakımında bu sorumluluğun farkında oldukları şeklinde yorumlanmıştır.

Ölçekte yer alan; yoğun bakım ünitesinin taburculuk planlaması için uygun olmadığı, taburculuk planlama için öncelikli olmadığı, fazla kayıt işi olduğu, zaman aldığı, hastanın durumundaki değişmelere bağlı zamanı sınırladığı ve güçleştirdiği ifadelerinin puanları ortalama kalmış olup, bu durum hemşirelerin halen taburculuk planlamasının hasta yatışı ile başlayan ve hasta bakım sürecinin her aşamasında yer alan önemli bir süreç olduğunu kavrayamadıklarını düşündürmüştür. Nitekim hemşirelerin ölçekte yer alan yoğun bakım hemşireleri taburculuk planlamasını yeterince kavrayamadığı ifadesinin puan ortalamasına bakıldığında bu yorumun doğrulandığı görülmüştür.

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin taburculuk planlamasını yeterli düzeyde kavrayıp konuyla ilgili kritik rollerinin farkına varıp taburculuk planı algılarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakım hastalarına daha kaliteli bakım verilebilmesi ve taburculuk planlaması ile ilgili sürecin iyi işletilmesi için lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşire sayısının artırılması ve sürekli eğitimler ile yoğun bakım hemşirelerinin desteklenmesi,
- Yoğun bakım hemşirelerinin eğitiminin, yoğun bakım hastasının

değişen ihtiyaçları göz önünde bulundurularak günün koşullarına göre düzenlenmesi, tekrarlayan sorunlara odaklanması ve sürekli güncellenmesi,

- Yoğun bakım hemşirelerine yönelik taburculuk planı ile ilgili algı düzeylerini yükseltecek ve farkındalığı geliştirecek nitelikte hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Yoğun bakım hemşireliğine yönelik sertifika programlarının taburculuk planı süreci açısından gözden geçirilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Gholizadeh M, Delgoshaei B, Abulghasem Gorji H, Torani S, Janati A. Challenges In Patient Discharge Planning in The Health System Of Iran: A Qualitative Study Global Journal of Health Science.2016; Jun; 8(6): 168–178.
DOI: [10.5539/gjhs.v8n6p168](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p168)
2. Alper E, O'Malley T, Greenwald J. 2019. Hospital Discharge and Readmission Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission>
3. Weiss M, Bobay K, Bahr S, Costa L, Hughes R. A Model for Hospital Discharge Preparation: From Case Management to Care Transition Journal of Nursing Administration 2015; 45 (12):606-614.
DOI: [10.1097/NNA.0000000000000273](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000273).
4. Henke, R, Karaca Z, Lin H, Wier L. M, Marder, W.,&Wong, H. S. Patient factors contributing to variation in same-hospital readmission rate. Medical Care Research and Review. 2015; 72, 338-358.
DOI: [10.1177/1077558715577478](https://doi.org/10.1177/1077558715577478)
5. Henke R, Karaca Z, Jackson P, Marder W, Wong H. Discharge Planning and Hospital Readmissions. Medical Care Research and Review. 2016;74(3) 345-368.
DOI:[10.1177/1077558716647652](https://doi.org/10.1177/1077558716647652)
6. Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). 30-Day unplanned readmission and death measures. Available from: <http://www.medicare.gov/hospitalcompare/data/30-day-measures.html>
7. World Health Organization 2018. Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of

- the WHO Framework on integrated people-centred health services
Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>
8. Effective Discharge Planning. The Joint Commission The Source 2013. February Volume 11, Issue 2.
Available from:
<https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jcr/assets/digital-experience/ss/final-content/ss12dlpdf.pdf?db=web&hash=BF4D7D6EE78A3492BBA093CEA297A2C8>
 9. Eaton C. Social Workers, Nurses, or Both: Who is Primarily Responsible for Hospital Discharge Planning with Older Adults? *Social Work in HealthCare*. 2018; 57:10, 851863.
DOI: [10.1080/00981389.2018.1521892](https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1521892)
 10. Chaboyer, W. ve ark. The Intensive Care Unit Liasion Nurse: Towards a Clear Role Description. *Intensive and Critical Care Nursing*.2004; 20:77-86.
DOI: [10.1016/j.iccn.2003.12.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2003.12.004)
 11. Watts R, Gardner H, Pierson J. Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*,2005b; 7:175-183.
DOI: [10.1111/j.1442-2018.2005.00229.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00229.x)
 12. Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005c; 21: 302-313.
DOI: [10.1016/j.iccn.2005.01.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.01.005)
 13. Chaboyer W. ve ark. ICU Nurses' Perceptions of Discharge Planning a Preliminary Study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2002; 18: 90-95.
DOI: [10.1016/S0964-3397\(02\)00022-8](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00022-8)
 14. Watts R, Gardner H, Pierson J. How do Critical Care Nurses Define the Discharge Planning Process? *Intensive and Critical Care Nursing*, 2005a; 21:39-46.
DOI: [10.1016/j.iccn.2004.07.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.07.006)
 15. Watts R, Gardner H, Pierson J. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*,2007; 16: 194–202.
DOI: [10.1111/j.1365-2702.2005.01439.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01439.x)
 16. Kuşeli Dost S, Kaya H. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(3)195-202
Available from:
https://fnjn.org/Content/files/sayilar/155/10_17672-fnhd_79550-332655.pdf
 17. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamı Algısı, Psikolojik Distres ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017; 8(2):95-101.
Available from:
<https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-03016->
 18. Bozkurt G, Ören B, Zengin N, Ergün Y. ve ark. Bir Kamu Üniversitesine Bağlı Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Profili. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019. 23(2):73-80.
Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/48447/598493>
 19. Hayajneh A. Hweidi I.S. Abu Dieh M. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open*.2020 7(5):1313-1320.
DOI: [10.1002/nop2.547](https://doi.org/10.1002/nop2.547)
 20. Bozkurt G, Türkmen E. Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019. 23 (2):107-113.
Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/48447/538092>
 21. Audet L, Bourgault P, Rochefort C M. Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 80 128-146
DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007)
 22. Kelly DM, Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Aiken LH. Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. *Crit Care eMed*. 2014;42(5):1089.
DOI: [10.1097/CCM.000000000000127](https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000127)
 23. Kauppi W. Proos M. Olausson S. Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and

- general ward Nursing in Critical Care 2018 23(3):127-133.
DOI: [10.1111/nicc.12336](https://doi.org/10.1111/nicc.12336)
24. Whitehead L, Ghosh M, Walker D, Bloxsome D, Vafeas, Wilkinson A The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: A systematic review International Journal of Nursing Studies 2019; 93 1-11.
DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2019.02.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.001).
25. Conley P, Certified and Advanced Degree Critical Care Nurses Improve Patient Outcomes Dimensions of Critical Care Nursing. 2019; 38(2) 108-112.
DOI: [10.1097/DCC.0000000000000342](https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000342)
26. Fitzpatrick JJ, Campo TM, Graham G, Lavandero R. Certification, empowerment, and intent to leave current position and the profession among critical care nurses. Am J Crit Care. 2010;19:218–226.
DOI: [10.4037/ajcc2010442](https://doi.org/10.4037/ajcc2010442)
27. Geneviève B, Lyne L, Marie A. Supporting and Empowering Nurses Undergoing Critical Care Certification Clinical Nurse Specialist: 2016; 30(4) 216-226.
DOI: [10.1097/NUR.0000000000000217](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000217)
28. Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. Nurses specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. J Nurs Scholarsh. 2011;43(2):188–194.
DOI: [10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x)
29. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011;1:215.
Available from:
http://www.jcritintensivecare.org/uploads/pdf/pdf_DCY_43.pdf
30. Needleman J, Buerhaus P, Stewart M et al. Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? Health Affairs. 2006; 25 (Suppl. 1):204-211.
DOI: [10.1377/hlthaff.25.1.204](https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.204).
31. Palaz N, Cevizbaş Güngüz V, Solmaz Ü, Doğanay G. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Hizmetlerine Ayrılan Süre. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011; 15(1) 9-15.
Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26487/278768>
32. Zhu QM, Liu J, Hu HY, et al. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs 2015;24: 2993–3005.
DOI: [10.1111/jocn.12895](https://doi.org/10.1111/jocn.12895).

COVID-19'un Solunum Sistemi Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Bakımı Effects of COVID-19 on Respiratory System and Nursing Care

Sevda EFİL^{1a}, Nuray ENÇ^{2b}

ÖZET Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), şiddetli akut solunum sendromu Koronavirüs-2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu bir hastalıktır. Tüm dünyada küresel sağlığı tehdit eden COVID-19'da primer akciğer tutulumunun olması, solunum sistemini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bireyin yaşına, bağışıklık sistemine ve komorbiditelerine bağlı olarak bu etkiler kritik düzeye gelebilmektedir. Şiddetli COVID-19'un en yaygın klinik görünümü, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) ile uyumlu akut solunum yetmezliğidir. Bununla birlikte ağır pnömoni, kardiyojenik şok veya çoklu organ yetmezliği gelişebilir. COVID-19 ile ilişkili ARDS tablosuna ciddi solunum sıkıntısının eşlik etmesi, mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hasta sayısında artışa neden olmuştur. Bu nedenle pandemi nedeni ile artmaya devam eden sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması, morbidite ve mortalite riskinin azaltılması için güvenli ve yüksek kaliteli bakım gerçekleştirilmelidir. COVID-19 hastalarında solunum sistemi etkileri ve hemşirelik bakımı ile ilgili doğru ve güvenilir bilgiye sahip olmak tedavide başarıyı arttıracaktır. Fakat COVID-19'un solunum sistemi üzerindeki etkileri ve bakıma yönelik mevcut kaynaklar sınırlıdır. Bu nedenle oluşabilecek sorunlar ve hemşirelik bakımı ile ilgili bilgiye ihtiyacı vardır. Bu derlemede COVID-19'un solunum sistemi üzerine etkilerini açıklamak ve hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi vermek amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: COVID-19; hemşirelik bakımı; kritik bakım; solunum sistemi

ABSTRACT Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is caused by the severe acute respiratory syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2). The primary lung involvement in COVID-19, which threatens global health all over the world, adversely affects the respiratory system. These effects can be life-threatening depending on the age, immune system and comorbidities of the patient. The most common clinical presentation of severe COVID-19 is acute respiratory failure consistent with acute respiratory distress syndrome (ARDS). Severe pneumonia, cardiogenic shock or multiple organ failure may develop as well. Severe respiratory distress accompanied by ARDS associated with COVID-19 has increased the number of patients requiring mechanical ventilation. Therefore, it is essential that safe and high-quality care is provided to meet growing healthcare needs due to COVID-19 and to reduce the risk of morbidity and mortality. Accurate and reliable information about respiratory system effects and nursing care in COVID-19 patients will hopefully increase the success in treatment. Yet, understanding of the effects of COVID-19 on the respiratory system and available resources for care are limited. For that reason, deeper information on the potential problems that may occur and nursing care is necessary. This review seeks to explain the effects of COVID-19 on the respiratory system and to offer information about nursing care.

Keywords: COVID-19; nursing care; critical care; respiratory system

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (2020) tarafından pandemi olarak ilan edilen COVID-19, tüm dünyada küresel sağlığı tehdit etmeye devam etmektedir.¹ İleri yaşta, bağışıklığı baskılanmış ve komorbiditeleri (*hipertansiyon, diyabet, kronik akciğer hastalığı gibi*) olan bireylerde COVID-19 daha ağır seyretmektedir. Ciddi komplikasyonlar geliştiğinde mortalite riski artmaktadır.² Özellikle akut viral pnömoni kaynaklı akut solunum sıkıntısı sendromu (*Acute Respiratory Distress Syndrome-ARDS*), yaşamı tehdit eden ciddi sorunlara yol açarak, mortaliteye neden olmaktadır. Bu nedenle COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda akut solunum yetmezliğinin takibi, semptom yönetiminin sağlanması önemlidir. COVID-19 ile ilişkili ARDS tablosuna ciddi solunum sıkıntısının eşlik etmesi, mekanik ventilasyona (MV) ihtiyaç duyan hasta sayısında kritik derecede artışa neden olmuştur. Bununla birlikte yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatış

gerektiren COVID-19 hastalarında solunum sistemi başta olmak üzere gastrointestinal, kardiyovasküler, hepatik ve nörolojik birçok komplikasyonun (*sepsis, septik şok, miyokardit, aritmiler, kardiyojenik şok, akut böbrek hasarı gibi*) geliştiği bildirilmiştir.³ Oluşan tüm bu sorunlar çoğunlukla primer solunum kaynaklı olduğu gibi, komplikasyonlar nedeniyle de solunum sistemi sorunları görülebilmektedir. Hemşirelerin COVID-19 enfeksiyonunun solunum sistemi etkileri ve hemşirelik bakımı ile ilgili doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmaları, kaliteli hemşirelik bakımının sunulması için kritik öneme sahiptir. Ayrıca pandemi nedeni ile artmaya devam eden sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması, morbidite ve mortalite riskinin azaltılması için güvenli ve yüksek kaliteli hemşirelik bakımı gerçekleştirilmelidir.⁴ COVID-19'un hemşirelik yönetimi ile ilgili sınırlı sayıda kaynak mevcuttur.⁴⁻⁷ Bu derlemede COVID-19'un solunum sistemi üzerine etkilerini

Geliş Tarihi/Received: 08.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 06.06.2021

ORCID: 0000-0002-4988-3743^a, 0000-0002-2219-9124^b

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çanakkale

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Sevda EFİL

E-posta: sevda_efil@hotmail.com

açıklamak ve hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi vermek amaçlanmıştır.

COVID-19 ve Solunum Sistemine Etkileri

COVID-19'a neden olan şiddetli akut solunum sendromu-korona virüsü-2 (SARS-CoV-2), tek sarmallı ribonükleik asit kapsüllü bir korona virüsüdür.⁸ Hava yolu epiteli, etkili hava akışını korurken, mukus salgılanması ve mukosilyer klirensin etkisiyle infeksiyonu ve doku hasarını önleyerek, patojenlere ve partiküllere karşı bir bariyer görevi görür. Fakat korona virüs varlığı, solunum sisteminin tüm bileşenlerini (*iletici hava yolları, solunum yolları ve alveoller, pulmoner vasküler endotelyum ve pulmoner kan akışı gibi*) etkilemektedir. Solunan virüs, akciğerlerdeki anjiyotensin dönüştürücü enzim-2 (ACE-2) reseptörüne bağlanır. Bu durum akciğerleri öncelikli hedef organ haline getirmektedir. İlk viral replikasyon, nazofarenks alanında üst solunum yolunun bronşiyal epitelinde gerçekleşir. Daha sonra alt solunum yollarında ve gastrointestinal mukozada başka bir çoğalmaya neden olur. Bazı infeksiyonlar bu aşamada immünolojik olarak kontrol edilir ve asemptomatik kalır. Erken bulaşıcı faz sırasında, virüs akciğer parankimine sızarak ve çoğalmaya başlar. Lokal vazodilatasyon, artmış endotelial permeabilite ve lökosit artışı ile enflamatuvar bir reaksiyon vardır. Bu durum fokal pnömoni, hipoksemiye ve kardiyovasküler stres reaksiyonlarına yol açar. Literatürde tıbbi bakıma başvuran hastaların çoğunda ateş, öksürük, yorgunluk, balgam çıkarma, nefes darlığı gibi grip benzeri semptomların görüldüğü belirtilmiştir. Daha az sıklıkta boğaz ağrısı, baş ağrısı ve burun tıkanıklığı görülür. Diğer semptomlar arasında gastrointestinal (*mide bulantısı, kusma, diyare, iştahsızlık, karın ağrısı, kanama*) ve nörolojik (*baş ağrısı, değişen mental durum, baş dönmesi ve tat/koku kaybı*) sorunlar yer almaktadır.^{9,10}

Solunum Yetmezliği ve COVID-19

COVID-19 ile enfekte bireylerde solunum yetmezliği genellikle hipoksemik olarak görülebileceği gibi, sekresyon kaynaklı hiperkapnik solunum yetmezliği de görülebilir. Solunum yetmezliğinin prognozu, infeksiyonun şiddeti, bağışıklık yanıtı, komorbiditeler, hastanın hipoksemiye ventilatör yanıtı, ilk semptomlar arasındaki süre ve klinik tedavinin başlangıcına göre değişir.^{11,12} Geleneksel oksijen tedavisine rağmen artan solunum iş

yükü ve hipoksemi giderek kötüleşir.³ Bu nedenle solunum yetmezliğinin yönetiminde hastaların oksijen tedavisine verdikleri yanıt ve solunum iş yükünün azalması belirleyici faktörlerdir.¹² Özellikle hastaların çoğunda (%60-70) ağır pnömoni tablosu ve ARDS geliştiğinde YBÜ'ne yatışı yapılmaktadır.^{3,8,13,14} Her iki akciğerin etkilendiği ARDS tablosunda alveoler kapiller membran harabiyetine bağlı nonkardiyojenik pulmoner ödeminin neden olduğu akut hipoksemi söz konusudur. Hastalarda nefes darlığı, azalmış akciğer kompliyansı görülür. Alveolar-kapiller membran geçirgenliğini artırarak sıvı alveolar keseye sızarak. Hipoksemi ve iki taraflı infiltrasyonlar (*interstisyel pnömoni*) gaz değişiminde bozulmaya neden olur.¹³ Hastalarda siyanoz, taşikardi, anormal akciğer sesleri (*kaba raller, yaygın ronküs*) görülür. Ventilatörle ilişkili akciğer hasarını önlemek için akciğer koruyucu ventilasyon (*düşük tidal volümlü akciğerleri koruyucu MV, prone pozisyonu*) önerilmektedir.¹⁵

Pnömoni ve COVID-19

Durumu kritik COVID-19 hastalarında ağır pnömoni (*ağır solunum yolu infeksiyonu*) en sık görülen tablodur.³ Ateş ve solunum yolu infeksiyon bulguları olan bir hastada; solunum sayısı >30 ise, solunum sıkıntısı mevcutsa (*yardımcı solunum kaslarının kullanımı, torakoabdominal solunum vb*), oda havasında oksijen saturasyonu %90'ın altındaysa veya oksijen alan hastada PaO₂/FiO₂ (*arteryel oksijen basıncı/ inspire edilen oksijen fraksiyonu*) oranı > 300 ise ağır pnömoni olarak tanımlanır.¹² Pulmoner infeksiyonun erken evresinde ventilasyon/perfüzyondaki (V/P) değişiklik düşük oranda bile olsa hipoksemiye neden olmaktadır. Aynı zamanda viral infeksiyon, interstisyel sıvı birikimi ile orta derecede lokal, subplevral inflamasyona (akciğerlerde buzlu cam görüntüsü) yol açar. Hipoksemiye verilen fizyolojik yanıt, ventilasyondaki artıştır. Hipoksemimin yönetimi için erken evrede oksijen tedavisi sağlanmalıdır. Belirgin hipokapni (PaCO₂<22 mmHg) ve hipoksemiye rağmen hastalarda ciddi derecede bir solunum güçlüğü gözlenmemiştir. Fakat COVID-19 nedeni ile tedavi gören hastaların %15-20'sinde akciğerlerde ciddi alveolar hasar gelişir. Solunum iş yükünde artışla birlikte intraplevral basınçta artış, akciğer hasarına yol açar. Negatif

bir inspiratuvar intratorasik basınç ve inflamasyona bağlı artan pulmoner vasküler geçirgenlikte artış, interstisyel akciğer ödemiyle sonuçlanır. Ödem tablosu ilerledikçe akciğerdeki gaz hacmi azalır ve belirli bir inspiratuvar basınç için üretilen tidal hacim azalır. Ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğu veya intrapulmoner şant gelişir. Hastalarda hava yolu direncinde artış, akciğer kompliyansında azalma nedeni ile gaz değişiminde bozulma görülür. Bu aşamada belirgin dispne gelişir ve bu durum akciğer hasarının kötüleşmesine neden olur. Olası akciğer hasarını önlemek için non-invaziv ventilasyon (NIV) önerilse de, hasta ventilatör uyumsuzluğunun olması, yüksek basınç oksijen uygulanmasının akciğer parankiminde ilerleyici bir hasara neden olabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, oksijen tedavisi ve/veya NIV (veya CPAP) başarısızlığı durumunda, neden olunan mekanik stresi azaltmak için kontrollü entübasyon ve invaziv ventilasyon (IV) gerekebilir.^{11,16}

Astım ve COVID-19

Astım hastalarında yaygın solunum yolu virüslerinin neden olduğu akut alevlenmeler en sık görülen acil servise başvuru ve/veya hastane yatış nedenidir. Solunum yolu virüslerinin, astım alevlenmelerinin iyi bilinen tetikleyicisi olması, SARS-CoV-2 enfeksiyonuna karşı artan duyarlılığa ve şiddete sahip olabileceğini düşündürmektedir. Fakat mevcut çalışmalarda astım varlığının, COVID-19'a yakalanma riskini arttırması veya COVID-19 prognozunu ciddi düzeyde etkileyebileceği ile ilgili kanıtlar yetersizdir. Ayrıca, COVID-19 hastaları arasında yüksek bir astım prevalansı mevcut değildir. Astımın tedavisinde yer alan ilaçların (*inhaler kortikosteroidler gibi*) enflamasyonu hafifleterek veya antiviral savunmayı güçlendirerek virüs bulaş riskini azaltabileceği ifade edilmektedir. Astım hastalarında görülen öksürük, nefes darlığı ve göğüste sıkışma gibi COVID-19 semptomlarını, şiddetli astım alevlenmelerinden ayırt etmeyi güçleştirir.¹⁷ Bu nedenle diğer solunum yolu enfeksiyonlarında olduğu gibi astım tablosuna COVID-19'un eklenmesi, astım yönetimini güçleştirir. Kritik durumda olan COVID-19 hastalarında semptom yönetimi güçtür. Astım hastalarında da risk faktörlerine maruziyet olması, tedaviye uyum sağlanamaması semptom yönetimini güçleştirerek alevlenmelere neden olabilir.

Astım alevlenmelerinde gaz değişiminde bozulma, respiratuvar asidoz ve hayatı tehdit eden komplikasyonlar (*hipotansiyon, aritmi ve bilinç düzeyinde azalma*) ilerlediğinde acil entübasyon gereklidir. Bu nedenle astım hastalarında, pandemi öncesinde olduğu gibi tedaviye uyumun sağlanması, risk faktörlerinin kontrolü önemlidir.¹²

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve COVID-19

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), COVID-19 enfeksiyonunun daha ağır seyretmesine neden olan kronik hastalıklardan biridir. KOAH olan bireylerde semptom yönetiminin güç olması, tedaviye uyumun olmaması yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Ayrıca etken faktörü olarak viral enfeksiyonlara maruziyet, KOAH alevlenmelerinin en sık nedenidir. KOAH alevlenmelerinde V/P uyumsuzluğu, dinamik hiperinflamasyon, periferik dirençte artış ve artan solunum kasları yorgunluğu, hiperkapni ve respiratuvar asidoz akut solunum yetmezliğinin nedenidir. Bu nedenle KOAH alevlenmelerinin önlenmesi hastaneye başvuru ve yatış sıklığını azaltarak, COVID-19 olan hastalardan bulaş riskini de engelleyecektir.¹⁸ Yapılan retrospektif bir vaka çalışmasında (2020), 1590 vakadan dörtte birinin en az bir komorbiditeye sahip olduğu, birden fazla komorbiditesi olanlarda COVID-19 enfeksiyonunun daha ağır seyrettiği bildirilmiştir. Komorbiditelerin yaygınlığına bakıldığında, KOAH'ın altıncı sırada yer aldığı belirtilmiştir. KOAH olan bireylerde hipertansiyon ve koroner kalp hastalığının eşlik etmesinin klinik sonuçları olumsuz etkilediği belirtilmiştir.¹⁹ COVID-19 enfeksiyonu olan KOAH hastalarında ağır pnömoni riski iyileşmeyi güçleştirir. Bu durumun, altta yatan zayıf akciğer rezervleri veya küçük hava yollarında ACE-2 reseptörünün artmış ekspresyonu ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. COVID-19 nedeni ile hastaneye yatan KOAH hastalarının ileri yaşta olduğu, yüksek ateşin eşlik ettiği, balgam artışı, nefes darlığı ve bilinç kaybının görüldüğü bildirilmiştir. Bu semptomlara oksijen desatürasyonunun eşlik etmesi YBÜ'de takibi gerektirir. Ayrıca hastalarda MV ihtiyacı olmakta ve mortalite açısından risk oluşturmaktadır.²⁰

COVID-19'un Solunum Sistemine Etkilerine Yönelik Hemşirelik Bakımı

COVID-19 hastalarında solunum sistemine ilişkin sorunlar morbidite ve mortalite açısından risk oluşturmaktadır. Bu nedenle COVID-19'un yönetiminde, hemşireler bütüncül bir yaklaşımla semptomatik ve destekleyici bakım gerçekleştirmektedir.⁴ Ayrıca solunum iş yükünü azaltmak, hava yolu açıklığını sağlamak, hipoksemiye önlemek, optimal gaz değişimini sağlamak (*normal AKG değerlerinin olması, oksijen saturasyonu ≥ 90 , dispnenin olmaması*), komplikasyonları önlemek, tedavinin etkinliğini arttırmak, hastanın toleransını/konforunu sağlamak ve sağlıklı taburculuğun gerçekleşmesi amacıyla hemşirelik bakımı önemlidir. COVID-19 nedeni ile tedavi ve bakım süreci başlayan hastaların genel durumu, şimdiki ve geçmiş sağlık öyküsü kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.^{4,6,9,15,21} Solunum etkilerine yönelik hemşirelik bakımı, oksijen tedavisi alan veya MV tedavisi alan hastalarda olmak üzere iki başlık altında ele alınmıştır.

1. Oksijen tedavisi alan COVID-19 hastalarında hemşirelik bakımı

COVID-19 enfeksiyonu olan hastalarda oksijen tedavisi hipoksemiye neden olan kritik durumları (*pnömoni, ARDS, sepsis, şok*) tedavi etmek için kullanılır.²¹ Oksijen tedavisi, çevre atmosferinde bulunan oksijen konsantrasyonundan daha fazla konsantrasyonda oksijen verilmesidir. Oksijen tedavisinin uygulanması, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve bakım sürecinde hemşireler temel rol oynar.²²⁻²⁴ Hastalarda hipoksi gelişebileceği için solunum paterni (*solunum sayısı, derinliği, ritmi, anormal solunum varlığı*) izlenmelidir.⁸ Anormal solunum sesleri değerlendirilir. Fakat literatürde COVID-19 hastalarında oskültasyonun kontaminasyon açısından riskli olabileceğine dikkat çekilmektedir.²⁵ Oksijen tedavisi alan hastalarda oksijen saturasyonu (spO_2), arteriyel kan gazı (AKG) takibinin yapılması, elektrokardiyografinin izlenmesi, yaşam bulguları ve laboratuvar bulgularının takibi (*infeksiyon göstergeleri, pıhtılaşma profili, böbrek ve karaciğer fonksiyonları*) önemlidir.^{4,22,24} Aşırı sıvı yükü COVID-19 hastalarında hipoksemiye kötüleştirir. Bu nedenle hastanın günlük aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır.⁹ Uygun ve güvenli oksijen

tedavisinin uygulanmaması hastanın var olan tablosunun kötüleşmesine neden olur. Tedaviye bağlı gelişebilecek komplikasyonların (*oksijen toksisitesi, absorpsiyon ateletazisi, oksijen kaynaklı hipovekilasyon, retrolental fibroplazi, maske veya kanüle bağlı basınç yararı riski*) takibi önemlidir. Hipoksemik olan hastalarda huzursuzluk, ajitasyon, anksiyete, konfüzyon ve bilinç seviyesinde azalma görülebileceği için mental durum izlenmelidir.^{22,23,25}

Yüksek akımlı nazal oksijen (HFNO) tedavisi ve hemşirelik bakımı

Hipoksemik solunum yetmezliği olan COVID-19 hastalarında oksijen tedavisine yanıt alınmadığında, HFNO tedavisinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca, ekstübasyon sonrası solunum yetmezliğinin önlenmesinde, entübasyon, bronkoskopi gibi girişimler sırasında ve pozitif hava yolu basıncı tedavisine ara verildiğinde uygulanabilmektedir. HFNO tedavisinin başlangıcında hastalar akış hızı veya sıcaklıktan dolayı ilk birkaç dakika rahatsızlık hissedebilir. Tedavi öncesi hastaya bu konuda bilgilendirme yapılmalıdır.²⁶ Nemlendirilmemiş gaz mukosilyer işlev bozukluğu, epitel hasarı, mukus tıkanması, mukoza ülseri ve akciğer hasarı gibi solunum sistemi üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Bu nedenle HFNO ile, hastalara ısıtılmış, nemlendirilmiş, oksijenle zenginleştirilmiş solunum desteği sağlanması avantajıdır. HFNO, maksimum 60 L/dakika akışta gaz sağlar. Hava yolu açıklığını sağlamakta güçlük yaşanan hastalarda hipoksemiminin yönetimi, solunum iş yükünün azaltılması ve hasta toleransı/konforunu artırılması diğer avantajlarıdır. Nazal kanül olması nedeni ile konuşma ve yemek yemeyi kısıtlamamaktadır. Tedavi öncesi hastanın burnunda tıkanıklık olup olmadığı kontrol edilmelidir. HFNO nazal kanül uçları, geleneksel nazal kanül ve yüz maskelerinden daha yumuşak ve esnek olduğu için hastalar tarafından daha iyi tolere edilebilmektedir. Ayrıca hastaya uygun nazal kanül boyutu tercih edilmelidir.^{21,24,26-28} Hastada artan düzeyde taşipne, taşikardi varlığı, yüksek akış hızında oksijene rağmen oksijenasyonun yetersiz olması, mental durumda değişiklik ve hemodinamik stabilizasyonda bozulma varlığı tedavinin başarısız olduğunu göstermektedir. Bu nedenle HFNO tedavisi alan hastaların yakından takip edilmesi önemlidir.²⁸ HFNO

tedavisinde hastane kaynaklı bulaş riskini azaltmak için uygun önlemlerin alınması önemlidir. Aerosol dağılımını büyük ölçüde azaltılabileceği için, nazal kanül üzerine cerrahi maske takıldığından emin olunmalıdır. Öksürük, sekresyon varlığı, göğüste sıkışma hissi, nefes darlığı ve siyanoz değerlendirilmelidir. Oksijen %21-100 aralığında ayarlanmalıdır. Akış hızı ve FiO₂, hastaların inspiratuar çabasına ve hipokseminin şiddetine göre ayarlanır. Akış hızında azalma ya da artma olması, cihazların doğru ve güvenli kullanılmaması tedavi başarısını olumsuz etkileyerek hayati tehdit oluşturur. Bu nedenle akış hızı takip edilmeli, alarm uyarılarının ne anlama geldiği bilinmelidir. Alarmlar kritik durumların belirlenmesinde önemli olduğu için kapatılmamalıdır. Cihazların marka ve modeline göre kullanımı, yapılması gerekenler (*cihazın dezenfeksiyonu, bakımı*) değişiklik gösterebilir. Cihazların en az 6 saat aralıklarla kontrolü sağlanır. Cihaz ve oksijen hattının periyodik bakımı kontrol edilmelidir. Patlama ve/veya yangına neden olabilecek durumların (*ısı, yağ ile temas, alkollü bez gibi*) kontrolü sağlanmalıdır. Bununla birlikte yatak takımlarına, hasta önlük/giysilerine oksijen teması yangın riskini artırabilir. Olası bir oksijen teması olduğunda örtü ve benzeri eşyaların, normal ortam havasında (*en az 5 dk*) birkaç kez çevrilmesi önerilmektedir. Oksijen tedavisine yakın alanlarda elektronik veya elektrikli cihazların şarj edilmemesi, portatif ısıtıcıların kullanılmaması, kardiyak defibrilatör deşarjının yapılmaması önemlidir. Statik elektrik çarpmasına eğilimli sağlık personeli cihaz ile temas ettiğinde kıvılcım oluşması, yangına neden olabilir. Nemlendirici haznelere doğru yerleştirilmeli, uygun sıcaklık ayarlanmalı (*ideal olarak 37°C*), ısıtıcı tablanın alt bölümüne sıvı teması (*kıvılcım riski*) önlenmelidir. Hemşirelerin HFNO kullanımına yönelik yeterli bilgiye sahip olmaları kritik öneme sahiptir. Bu nedenle kurum/birim yöneticileri gerekli eğitimleri planlanmalı ve düzenli aralıklarla tekrarlamalıdır. Oksijen cihazlarının güvenli kullanımı için biyomedikal mühendisleri ile iş birliği yapılması hasta ve çalışan güvenliği açısından önemlidir.²⁶⁻²⁸

2. Mekanik ventilasyon tedavisi alan COVID-19 hastalarında hemşirelik bakımı

COVID-19 ile ilişkili solunum yönetiminin güç olduğu durumlarda MV desteği gerekeceği için YBÜ'de bakım süreci başlamaktadır. Bu hastaların güvenli bakımı sağlık ekibinin korunmasına bağlıdır.^{9,29} SARS-CoV-2 esas olarak konuşma, öksürme ve hapşırma ile oluşan damlacıklar yoluyla bulaşır. Kan, dışkı ve idrarda da bulunabilir.^{13,30} Literatürde endotrakeal entübasyon,ambu ile ventilasyon, NIV, HFNO, trakeostomi, ekstübasyon, kardiyopulmoner resüsitasyon, bronkoskopi ve açık sistem aspirasyonun viral partiküllerin yayılımı için risk oluşturduğu belirtilmiştir.^{8,30} Prone pozisyonu verilmesi, devrelerin yeniden ayarlanması, nebülize ilaçların uygulanması ve hasta transferi de riskli girişimlerdir.¹³ Bu nedenle potansiyel olarak aerosol üretebilecek ve damlacık oluşumunu arttıracı girişimlerde standart kişisel koruyucu ekipman (KKE; *cerrahi maske, gözlük/yüz koruyucu veya siperlik, hava temizleyici respiratör veya koruyucu tıbbi maske (N95), eldiven (bilekleri kapatacak şekilde, çift kat olmalı), sıvıya dayanıklı önlük/tulum*) giyilmesi önerilmektedir.³¹ Gelişebilecek ani ve kritik durumlara zamanında müdahalede bulunabilmek ve tedavinin etkinliğini değerlendirebilmek için hemodinamik monitörizasyon sağlanmalıdır. COVID-19 hastalarında solunum hızında ani değişimler, solunumda yavaşlama görülebilir. Hipoksemi (*dispne, siyanoz, huzursuzluk, konfüzyon, anksiyete, deliryum, takipne, hızlı yüzeysel solunum, yardımcı solunum kaslarının kullanımı anormal solunum sesleri, taşikardi, hipertansiyon, kardiyak aritmiler, tremor*) ve hiperkapni (*taşikardi, baş ağrısı, papil ödem, dispne, yavaş ve yüzeysel solunum, uykuya eğilim, periferik ve konjunktival hiperemi, kan basıncı değişiklikleri, takipne, asteriksiz*) belirti ve bulguları takip edilmelidir. Daha az sıklıkta olmakla birlikte venöz ve arteriyel tıkanmalar gelişebilir. Derin ven trombozu (*ekstremitede ağrı, sıcaklık, şişlik, hassasiyet, dilate venlerin varlığı, ödem, ayağın dorsofleksiyonu ile gelişen baldır ağrısı (Homans belirtisi), siyanoz, gangren*), pulmoner emboli (*keskin ve bıçaklanır tarzda göğüs ağrısı, ani gelişen dispne, siyanoz, hipoksemi, taşikardi, taşipne ve öksürük*) belirti ve bulguları takip edilmeli, basınç yarası riski (*Braden Risk Değerlendirme Ölçeği*) değerlendirilmelidir.⁹ Basınç yarası riskini önlemek için hastaya 2 saatte bir

pozisyon verilmesi, cildin değerlendirilmesi, yeterli doku oksijenasyonu ve hidrasyonun sağlanması önemlidir.⁴ Şok riski oluşturabilecek ritimlerin (*ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon*) erken dönemde tespiti, uygun müdahalelerde bulunmayı sağlar. Aynı zamanda entübasyona gereksinimini önleyebilir. Eğer kardiyopulmoner resüsitasyon gerçekleştirilecekse, KKE giyilmeden göğüs kompresyonu veya hava yolu prosedürünün uygulanması önerilmemektedir.^{3,32}

2.1. Non-invaziv ventilasyon desteği alan hastalarda hemşirelik bakımı

Non-invaziv ventilasyon, solunum yetersizliği olan hastalarda yapay bir hava yolu olmadan mekanik yardımcı ventilasyonun tüm formlarını kapsayacak şekilde solunum desteğinin maske ile sağlanmasıdır. NIV desteği sağlanan hastalarda ayrı bir ekspiratuvar portu olan çift bağlantılı solunum devrelerinin kullanılması ya da maske ile solunum devresi arasına yerleştirilmiş bakteriyel/viral filtrelerin kullanılması önerilmektedir. Aerosol bulaş riskini önlemek için, NIV uygulanırken helmet tipi maske kullanılmalıdır.^{3,28} Maske kullanımına bağlı deride kızarıklık, eritem, akne benzeri döküntü, burun sırtında ülserasyon gelişebilir. Bu nedenle deri bütünlüğü korunmalı, maskenin oluşturduğu basınç noktaları gözlenmelidir. Ayrıca hava akımı ve basınca bağlı nazal konjesyon, sinüs/kulak ağrısı, burun tıkanıklığı ve kuruluk, oral kuruluk, göz irritasyonu, gözlerde kızarıklık, kaşıntı görülebilir. COVID-19 hastalarında ağız bakımı günde 2 kez olacak şekilde yapılmalıdır. Göz bakımında hastanın gereksinimi doğrultusunda serum fizyolojik, suni gözyaşlarının damla ve jel formları kullanılabilir. Maskenin hava sızıntısı alacak şekilde yüze tam oturması, NIV'nin etkinliğini azaltır, hasta-ventilatör asenkronizasyonunu artırır, uyku bölünmelerine neden olur. Bu nedenle hastaya uygun maske seçilmeli, hava sızıntısı fark edildiğinde maske değiştirilmelidir. Bu sürede hastanın monitörizasyonu sağlanmalıdır. Nemlendirici kullanımı ventilatör setlerinde su birikimi ve dolayısıyla bakteriyel kontaminasyona neden olabileceği için risklidir. Hastalar gastrik distansiyon riski açısından izlenmelidir. Artan abdominal distansiyon, inatçı bulantı ve kusma olan şiddetli vakalarda nazogastrik tüp (mide havasının

dekompresyonu önleyici bir önlem olarak) kullanılır. Aerosol riski olacağı için, hasta öksürmeye teşvik edilmemelidir. Hastaların semifowler veya fowler pozisyonunda NIV uygulanması, aspirasyon pnömonisine yönelik önleyici bir yaklaşımdır. NIV'ye bağlı nozokomiyal pnömoni, hipotansiyon ve barotravma görülebilir. Bu nedenle infeksiyon kontrol önlemlerine dikkat edilmelidir. Hasta barotravma (*krepitasyon, dispne, taşipne, amfizem, göğüs hareketlerinde değişiklik, asimetrik göğüs, anormal kan gazı, trakeanın yer değiştirmesi, anksiyete, pnömotoraks varlığı*) açısından izlenmelidir. Hasta konforu, arayüz toleransı, dispne varlığı, solunum hızı ve spO_2 ilk 6-12 saat boyunca her 30 dakikada bir ve daha sonra saat başı izlenmelidir. Şiddetli dispne olan bazı hastalarda ajitasyon gelişebilir. Maske kullanımına bağlı klostrifobi görülebilir. Hastalara NIV tekniğini açıklamak, hastanın maske tercihini sormak, hastanın toleransına göre basınçta kademeli artış yapmak ajitasyonu önlemeye yardımcı olabilir.^{11,33-35} Bununla birlikte hekim istemine göre uygulanan hafif sedasyon-analjezi bazı hastalarda semptomların giderilmesi, hasta toleransı ve uyumunu kolaylaştırabilir. *Sedasyon seviyesi düzenli aralıklarla (en az 8 saatte bir), sedasyon ölçekleri (Ramsay Sedasyon Skalası, Richmond Ajitasyon-Sedasyon Ölçeği)* kullanılarak izlenmelidir. Ayrıca en az her 24 saatlik aralıklarla mental durum değerlendirilmelidir. Yetersiz sedasyona (*taşikardi, hipertansiyon, hipoksi, istemsiz ekstübasyon, travma, ventilatör uyumsuzluğu*) veya aşırı sedasyona bağlı (*hipotansiyon, bradikardi, immünosüpresyon, yoğun bakımda kalış süresinde uzama, serebral fonksiyonlarda bozukluk, kognitif bozukluk, solunum depresyonu, ventilatör tedavi süresinde uzama*) oluşabilecek komplikasyonlar takip etmelidir.³⁶

2.2. İnvaziv mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda hemşirelik bakımı

İnvaziv olmayan oksijen tedavisi ile >50 FiO_2 verilmesine rağmen spO_2 %90'ın altında olan, solunum iş yükünde iyileşme görülmeyen, takipne, hiperpne ve yardımcı solunum kas kullanımı olan hastalar entübe edilmektedir.¹² Entübasyon işlemi deneyimli bir ekip tarafından, mümkün ise video laringoskopi kullanılarak gerçekleştirilmelidir. Akut durumların yönetimi için bir COVID-19 trakeal entübasyon arabası veya paketi

oluşturulmalıdır. Önceden hazırlanmış malzeme listeleri ile kontrol sağlanmalıdır. Damar yolu açıklığı ve güvenliği, ventilatör ve aspiratör kontrol edilmelidir. Entübasyon sırasında kullanılacak opioid analjezikler ve sedatifler hazır bulundurulmalıdır.^{8,21,35,37} Hipoventilasyon varlığı, V/P uyumsuzluğu, yetersiz solunum kası işlevi, intrapulmoner şant ve gaz değişiminde bozulma nedeni ile hipoksi ve hiperkapni görülebilir. Bu nedenle hastaların entübasyon sürecinde, MV'den ayırma aşamasında hipoksi ve hiperkapni açısından takibi önemlidir. Yaşam bulguları değerlendirilmeli, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, solunum paternindeki değişiklikler izlenmeli, spO_2 ve AKG takibi yapılmalıdır. Hastanın bilinç düzeyi değişiklikleri (*konfüze, ajite, letarji, somnolans*) takip edilmelidir. Deri, mukoz membranlar ve tırnak diplerindeki renk değişiklikleri gözlenmelidir.^{35,38}

• Entübasyon öncesi

Entübasyon öncesi MV ayarlarının kontrolü sağlanmalı, MV devresi, kapalı aspirasyon seti, hidrofobik virüs/bakteri filtresi hazırlanmalı ve takılmış olarak kapalı bekletilmelidir.¹² Entübasyonu gerçekleştirecek ekip hasta yanına gelmeden önce, hastanın baş seviyesi 45° yukarıda olacak şekilde pozisyon verilir. Pre-oksijenasyon için bu pozisyonun devamlılığı önemlidir. Eğer hasta HFNO alıyorsa, aerosol riskini azaltmak için yüz maskesi veya nazal kanül çıkarılmadan önce oksijen kapatılmalıdır.²¹ Oksijenasyon, oksijen kaynağı olan bir manuel ventilasyon cihazına takılan bir yüz maskesi kullanılarak gerçekleştirilmelidir. Manuel ventilasyon aerosol oluşumu açısından yüksek risk oluşturduğu için %100 oksijenle 5 dakika pre-oksijenizasyon önerilir.¹² Balon valf maskenin, hastanın yüzüne uygun olduğundan ve tam yerleştiğinden emin olunmalıdır. Açık sistemler veya sızıntı varlığı solunabilir partiküllerin salınımını artırabilir. Sızıntı olmayacak şekilde maske desteklenmelidir. COVID-19 enfeksiyonu olmayan hastalarda balon valf maskeye filtre takılmasına gerek yoktur. Fakat, COVID-19 hastalarında yüz maskesi ile manuel ventilasyon cihazı arasına filtre takılmalı, maskeyi çıkarmadan önce ventilatör beklemeye alınmalıdır.^{3,11,21} Manuel ventilasyon cihazı olarak Mapleson C (Waters) veya anestezi devresi gibi kapalı devre sisteminin kullanılması (virüs içeren ekshale edilen gazı odaya atar) idealdir.^{8,21} Rebreather olmayan maskeler (rezervuar torbalı) yetersiz

ön oksijenasyon ve aerosol riski oluşturduğu için kullanılmamalıdır. Ayrıca pre-oksijenasyon sırasında veya apne oksijenasyonu için nazal oksijen tedavisi (*standart veya yüksek akışlı nazal kanül yoluyla*) kullanılmaması önerilmektedir.²¹ Hava yolu açıklığı sağlanmalıdır. Fakat hastalar öksürmeye teşvik edilmemelidir. Mümkünse, hastaya niçin entübasyon gerektiği, işlem basamakları ve geçici bir süre konuşmada kısıtlılık olacağı açıklanmalıdır.^{35,38} Nozokomiyal pnömoni gelişme riski olduğu için subglottik sekresyon drenajına sahip endotrakeal tüpler kullanılmalıdır. Laringoskopi yapmak için yüz maskesi hastadan çıkarıldıktan sonra viral filtrenin ventilasyon cihazından çıkarılması önerilmemektedir.²¹ Hastanın öksürme ve öğürme refleksini engellemek için sedasyon uygulanabilmektedir.³⁶ Hava yolu ile daha fazla yakın temastan kaçınmak için entübasyon sırasında bir nazogastrik tüp yerleştirilmelidir. Tek kullanımlık olmadığı sürece laringoskop bıçağı, ulusal standartlara göre entübasyondan hemen sonra sterilizasyon için poşetlenmeli ve mühürlenmelidir.²¹

• Entübasyon sonrası

Endotrakeal tüpün yerleşimi kontrol edilmeli, endotrakeal tüpün numarası ve seviyesi kayıt edilmelidir. Tüpün tespiti için uygun malzeme (*kısa süreli entübasyon için ipek, uzun süreli entübasyon için bez yapıda flaster*) seçilmelidir. Tüpün tespiti, boyun venlerine baskı yapmamalıdır. Deri bütünlüğü korunmalıdır.³⁵ Endotrakeal kaf şişirilmeden önce pozitif basınçlı ventilasyon başlatılmamalı ve hastalar,ambu ile ventilasyon olmaksızın doğrudan MV'ye bağlanmalıdır.³ Yüksek kaf basıncı, trakeada nekroz ve darlık oluşumuna (*trakeostomisi olanlarda trakeal stenoz, trakeomalazi veya trakeal nekroz riski*); düşük kaf basıncı ise spontan ekstübasyon ve yetersiz ventilasyona neden olabilir. Bu nedenle kaf basıncının ideal aralıkta olması (*20-30 cmH₂O*) önemlidir. Ayrıca aerosol bulaş riskinin azaltılması, ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesi, hedeflenen tidal volümün iletilmesi ve aspirasyon riskinin azaltılması için kaf basıncı takibi gereklidir. Hava kaçağı olmadığından emin olunmalıdır.^{21,35,39} Trakeal entübasyon tüpünün yerini doğrulamak için kapnografi kullanımı, damlacık yayılım riskine neden olabilir. Bu nedenle kullanılması önerilmemektedir.¹² Akciğer seslerinin

oskültasyonu kontaminasyonu artırabilir. Bu nedenle inspeksiyon ile her iki hemitoraksın eşit solunuma katılıp katılmadığı gözlemlenmeli ya da akciğer filmi ile değerlendirilmelidir.^{25,39}

Kritik bakım hastalarında özellikle endotrakeal tüp varlığı, kateterlerin yerleşimi gibi invaziv girişimler, pansuman yapma, pozisyon verme, aspirasyon işlemi potansiyel ağrı kaynaklarıdır. Entübasyon sonrası ağrı varlığı değerlendirilmelidir. Fakat kritik bakım hastalarında iletişimi engelleyen durumların varlığı (*entübasyon, sedasyon, bilincin kapalı olması*) ağrıyı ifade etmelerini engeller. Ağrının ifade edilememesi klinik durumun kötüleşmesine, korku ve anksiyetenin artmasına ve hemodinamik stabilitenin bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle ağrı tanımlanırken hastanın verdiği sözel olmayan yanıtlar, davranışsal tepkiler ve fizyolojik parametreler dikkate alınmalıdır. Ağrıyı değerlendirmek için ölçek veya skalalar (*Davranışsal Ağrı Ölçeği; Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği; Yüz, Bacaklar, Hareket, Ağlama, Avutabilme Davranışsal Skalası; Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Ölçeği*) kullanılmalıdır. Ventilator ayarları ve parametreleri kontrol edilmelidir. Her saat başı ventilator setleri, alarm sistemi ve modlar takip edilmelidir. Kritik durumların yönetimini sağlayabilmek için alarm sistemlerinin sessize alınmaması, alarm uyarılarının ne anlama geldiğinin bilinmesi önemlidir. Mekanik ventilator düşük ya da yüksek basınç uyarısı verdiğinde; hastanın pozisyonu, endotrakeal tüpün konumu, tüpte tıkanma veya kıvrılma olup olmadığı, ağrı, korku, anksiyete varlığı, hipoksi olup olmadığı, aspirasyon gereksinimi değerlendirilmelidir. Ayrıca NIV’da ifade edildiği gibi hastanın sedasyon gereksinimi, sedasyon düzeyi takip edilmelidir. Hava yolu direncinde artışa neden olabilecek komplikasyonlar (*atelektazi, ARDS, pnömotoraks, bronkospazm*) takip edilmelidir. Ventilator devreleri kirlendikçe, tıkanma olduğunda, arızalandığında veya fonksiyonel açıdan kullanılamayacağı zaman değiştirilmelidir. İstenmeyen ekstübasyon kontaminasyon için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle ventilator bağlantılarının kontrolü sağlanmalıdır. Yanlışlıkla bağlantının kesilmesi durumunda ventilator kapatılarak trakeal tüp klempenmelidir. Hızlı bir şekilde bağlantı sağlanarak klemp açılmalıdır.^{35,36,39,40} Hasta teslimlerinde tüm bu hemşirelik girişimlerinin kontrolü sağlanmalı, önemli bir değişiklik olup

olmadığı ve yapılan müdahaleler sorgulanmalıdır.³⁵

Hastaların aspirasyon gereksinimi olmadıkça aspire edilmemelidir. Kalın ve inatçı sekresyonların varlığında aktif su bazlı nemlendirme gerekebilir, ancak riskli olabileceği için kullanımları hastaya göre değerlendirilmelidir.⁴¹ İnatçı sekresyonlardan kaynaklanan tıkanma riskini önlemek için hastanın hidrasyon durumu ve enteral mukolitik ajanlara olan ihtiyacı gözden geçirilmelidir. Kapalı sistem aspirasyonu, aerosol haline getirilmiş viral partiküllerin pozitif basınçlı ventilasyondan atılmasını azaltır. Bu nedenle COVID-19 hastalarında açık sistem aspirasyon önerilmemektedir. Ağız içi aspirasyonlar öksürüğü tetiklememeli, hasta öksürmesi için teşvik edilmemelidir.^{3,13} Aspirasyon öncesi ve sonrası 30-60 sn %100 oksijen desteği sağlanmalıdır. Aspirasyon işlemi yapılırken sterilizasyona dikkat edilmeli, işlem öncesi ve sonrası hastanın ağrısı değerlendirilmeli, aspiratör basıncı uygun aralıkta olmalı (*yetişkinler için 80-120 mmHg, gerekirse 200 mmHg*) ve aspirasyon süresi >15sn’den fazla olmamalıdır.⁶ Sekresyonlar nedeniyle oluşabilecek tıkanıklıkları önlemek, artan direnci ve aspirasyon gereksinimlerini azaltmak için nemlendirici kullanılması önerilmektedir. Ayrıca nemlendirici kullanımı, sağlık çalışanlarına viral partiküllerin bulaş riskini azaltır.^{3,13} Yeterli nemlendirme sağlayan, aerosol üretmeyen, bakteriyel/viral bir filtreye sahip ısı ve nem değişim filtreleri (HEPA) tercih edilmelidir.⁴¹ Ventilatorün inspiratuvar ve ekspiratuvar portlarına filtreler yerleştirilmelidir.³ Filtre olmadan hasta MV devresine bağlanmamalıdır. Filtrelerin ıslanmamasına ve bloke olmamasına dikkat edilmelidir. Aniden gelişen bir devre kesilmesi durumunda odanın kirlenme riski önlenmelidir. Filtrelerde ıslaklık veya tıkanıklık olması hastada kötüleşmeye veya ventilasyonda zorluğa neden olabilir.³⁹ Nem değişim filtreleri düzenli olarak (5-7 günde bir) veya kirlendiğinde değiştirilmelidir.⁴ Yanlışlıkla hava yoluna su girmesinden kaynaklanabilecek öksürük ve aspirasyonu önlemek için tüpte biriken su boşaltılmalıdır. Ölçülü doz inhalasyon (ÖDİ) MV desteği almayan hastalarda doğrudan trakeostomi tüpüne takılan bir ara parça yoluyla veya entübe olanlarda ventilator devresi yoluyla uygulanır. Bu nedenle bronkodilatör tedavisi için nebulizatör yerine, ventilator devrelerinin ayrılmasını

gerektirmeyen ÖDİ kullanılması önerilmektedir.³

Entübasyon süresi uzayan hastalarda trakeostomi açılması gerekebilir. Trakeostomi tüpünün değişimi, stoma bakımı (*aspirasyon, pansuman değişimi, kanül temizliği veya değişimi, trakeostomi tespitlerinin değişimi gibi*) potansiyel olarak viral partikülleri dağıtabilecek prosedürlerdir.^{13,29} COVID-19 sırasında aerosolizasyonu azaltmak, bronşiyal hijyeni kolaylaştırmak, trakeostomi tüpü değişikliklerini azaltmak ve manşet etrafındaki ventilatör sızıntısını en aza indirmek için uygun boyutta tüp seçilmelidir. Trakeostomi tüpünün doğru tespiti, tespit için uygun malzemenin kullanılması ve tespit materyali ile boyun arasından bir parmak geçecek kadar mesafe bırakılmasına dikkat edilmelidir. Trakeostomi tüpünün kaf basıncı (*ideal 20 ile 30 cmH₂O*) her vardiyada en az bir kez takip edilmelidir. Hastanın baş pozisyonun yükseltilmesi, banyo yapılması gibi işlemler basınç değişikliklerine neden olabileceği için kaf basıncı kontrolü sağlanmalıdır. Trakeostomiden sonraki ilk 48 saat içinde aspirasyon gereksinimi artabilir. Trakeostomi tüplerinin açıklığı, aspirasyon kataterinin trakeostomi tüpünün distal ucunun yapışmadan veya tıkanmadan serbestçe geçmesini sağlayacak şekilde olmalıdır. Elektif trakeostomi tüpü değişiklikleri kurumlara göre değişiklik gösterebilir. Fakat COVID-19 hastalarında aerosol haline getirilmiş partiküllere maruziyeti azaltmak için düzenli olarak tüp değişimi yapılmamalı ya da değişim sıklığı azaltılmalıdır. Ayrıca gereksinim olmadığı halde düzenli aralıklarla yapılacak stoma bakımı tercih edilmemelidir. Disiplinler arası bir bakım protokolü kullanılarak stoma bölgesinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi bu nedenle zorunludur. Tüp değişiklikleri aksi bir durum olmadıkça, hastalarda infeksiyon olmadığı kabul edilene kadar ertelenmelidir.^{13,41}

COVID-19'a bağlı ARDS gelişen hastalarda, günde 12-16 saat uygulanan prone pozisyonunun etkili bir müdahale olduğu bildirilmiştir.¹² Prone pozisyonunun yeterli oksijenasyonun sağlanması, atelektazinin önlenmesi, V/P oranının iyileştirilmesi, intrapulmoner şantın azaltılması, yeterli tidal hacmin sağlanması ve mortalitenin azalmasında önemli olduğu belirtilmektedir. Fakat prone pozisyonu için hastanın uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.^{13,14,38} Prone pozisyonu hemodinamik instabilite ve birçok komplikasyona neden olabileceği için yakın

izlem gerektirir. Bu pozisyona bağlı hastalar endotrakeal tüp veya trakeostomi tüpünün yerinden çıkması, kateter ve göğüs tüpünün bükülmesi veya çekilmesi, basınç yararı oluşumu gibi risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle hastada var olan araç ve gereçlerin güvenli konumunun devamlılığı sağlanmalıdır. Aynı zamanda trakeal tüp varlığı nedeniyle ağız çevresinde morarma, göz çevresi ve yüzde ödem, aşırı tükürük salgılanması ve deri bütünlüğünde bozulma görülebilir. Gastroözofageal reflü olasılığı çok yüksektir, bu nedenle mide içeriği aspirasyonu açısından yakından izlenmelidirler.^{14,41} Prone pozisyonunda hastanın yüzü ventilatöre bakacak şekilde çevirilmeli, kornea ülseri gelişimini önlemek için göz pedleri ile hastanın gözleri kapatılmalıdır. Hava yolu tıkanıklığını önlemek için hastaların omuzlarının altına bir rulo kumaş veya yastık konulmalıdır. Endotrakeal tüp veya trakeostomi tüpünün açıklığı kontrol edilmelidir. Bu pozisyonda hastanın MV'e uyumunu kolaylaştırmak için sedasyon uygulanabilmektedir. Sedasyon düzeyi, hastanın MV'e uyumu takip edilmelidir.^{14,36} Yapılan girişimlerden önce ve sonra kaf basıncı ve trakeal tüp derinliği kontrol edilmelidir. Tüp seviyesi mutlaka kaydedilmelidir.³⁹ Prone pozisyonunda aspirasyonu uygulamak için aspirasyon bağlantılarının mesafesi uygun olmalıdır.⁴¹ Hasta transferi sırasında beklenmedik olayların (*pnömotoraks, hipoksi, atelektazi, hiperglisemi, hipoglisemi, derin ven trombozu ile ilişki pulmoner emboli, bronkospazm, düşme*) gelişme riski yüksektir. Transfer sürecinde oluşabilecek bu sorunlar solunum sistemini ciddi düzeyde etkileyerek hayati risk oluşturabilir. Ayrıca akut gelişebilecek olaylara müdahalede bulunurken aerosol bulaş riski söz konusudur.^{13,42} Bu nedenle COVID-19 hastalarının transferi sırasında güvenli koşulların sağlanması önemlidir. Transfer sırasında endotrakeal tüp veya trakeostomi tüpü kafi sönük olmamalıdır. Transfer öncesi ve sonrası kaf basıncı kontrol edilmelidir. Mekanik ventilatör desteği almayan trakeostomili hastalarda damlacık yolu ile viral yayılımı azaltmak için yüze ve trakeostomi tüpünün üzerine bir cerrahi maske yerleştirilmelidir.¹³ Transfer için hasta MV'den ayrılmadan önce endotrakeal tüp inspirasyon sonunda klempendikten sonra MV durdurulmalıdır. Balon valf maske endotrakeal tüpe yerleştirilip,

klemp hemen çıkarılarak manuel ventilasyona başlanmalıdır.²¹

- **Mekanik ventilasyondan ayırma (weaning) süreci ve hemşirelik bakımı**

Entübasyon süresinin uzaması pulmoner hijyeni sınırlar, sedasyonu azaltma çabalarını engeller ve yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına neden olur. Bununla birlikte bilişsel bozukluklara veya nozokomiyal komplikasyonlara yol açabilir. Uzun süreli entübasyon posterior glotis yaralanması veya subglottik stenoz gibi larengeal yaralanmalara neden olabilir.¹³ Endotrakeal entübasyona bağlı larenks ödemi gelişebilecek bir sorundur. Bu nedenle hastada yutkunmada güçlük, boğazda yumruk hissi, solunum güclüğü olup olmadığı değerlendirilmelidir.^{35,43} Ventilatör desteği uygun koşullar sağlanarak kademeli olarak azaltılması (weaning) gereklidir. Weaning işlemi sırasında gelişebilecek ciddi komplikasyonlar (*artan solunum işi ile ilişkili kalp yetersizliği*) re-entübasyon nedenidir. Bu nedenle entübasyon araç ve gereçleri, ilaçlar hazır bulundurulmalıdır. Re-entübasyon hem infeksiyon bulaş riski hem de mortalite riski nedeni ile kritik bir durumdur. Bu nedenle hastanın ekstübasyona hazır olması, MV'den ayırma endikasyonlarının bilinmesi, hastasının MV'ye ihtiyacı olmadan 24-48 saat süre ile spontan solunumunu sürdürebiliyor olması önemlidir. Ayrıca hastaya işlem ile ilgili açıklama yapılması, hastanın yorgun olmaması weaning aşamasına uyumunu sağlar. Weaning işlemi için yeterli istirahatın sağlandığı sabah saatleri tercih edilmelidir. COVID-19 hastalarında MV'den ayırma işleminin t-tüp yöntemi yerine, daha az aerosol riski nedeniyle basınç destekli ventilasyon yöntemi seçilmelidir.^{3,43} Hasta öksürmeye teşvik edilmemelidir. Ekstübasyon sırasında, öksürük olduğunda hastanın yüzüne transparan plastik başlık/örtü yerleştirilebilmektedir. Fakat plastik üzerinde viral içeren sekresyonların toplanması, bulaş riskine neden olabileceği için kullanımı dikkatli değerlendirilmelidir. Öksürükten kaynaklanan aerosol haline gelmeyi azaltmak için ekstübasyondan hemen sonra hastaya basit bir oksijen maskesi yerleştirilir ve öksürüğü aktif hale getirmeyecek şekilde ağız içi aspirasyon yapılabilir.²¹

COVID-19 hastalarının tedavi ve bakım süreci endişe verici olabilir. Bu nedenle hastaya sergilenecek yaklaşım endişeyi

azaltmaya yönelik olmalıdır. Hasta ile iletişim kurulurken net, anlaşılır ifadeler kullanılmalıdır. Yazı ve sözcük kartları kullanılabilir.^{9,13,41} Koruyucu ekipman giyilmesi iletişimi güçleştirebilir. Bu nedenle ekibin anlaşılır, duyulacak şekilde ifadeler kullanması, verilen komutların anlaşıldığı onaylanması ve tekrarı önemlidir. Ekip üyelerinin birbirini tanıyabilmeleri için siperliklerin birerine isimleri yazılabilir.⁸ Kritik bakım hastalarında iletişimi sürdürmek anksiyeteyi büyük ölçüde azaltacağı gibi hasta ve ailenin yoğun bakım deneyimini de iyileştirecektir. COVID-19 olan entübe veya trakeostomili hastalarda önlem alınmadan yapılan çift yönlü sözel iletişim risklidir. Hasta ile iletişimi sürdürmek, bilişsel değerlendirmeler yapmak için kafın söndürüldüğü durumlarda aerosollerin gidebileceği mesafeler azaltılmalıdır. Bunun için hastaya bir yüz maskesi takılmalıdır. Hemşireler kafi sönmüş hastalarla iletişim kurarken N95 (FFP3) maske veya eşdeğeri, eldiven, gözlük ve siperlik takmalıdır. Ayrıca viral maruziyeti en aza indirmek için sosyal mesafeyi korumaya özen göstermelidir.^{8,13}

SONUÇ ve ÖNERİLER

- COVID-19 hastalarında sıklıkla hipoksemik solunum yetmezliği ile sonuçlanan akciğer tutulumu olduğu için solunum sistemi etkilenmektedir. Solunum sisteminin ciddi düzeyde etkilenmesi yüksek morbidite ve mortalite riskidir. Aynı zamanda solunum sistemine yönelik yapılan girişimlerin çoğu aerosol bulaş riski oluşturduğu için, hemşireler yüksek risk altındadır. Bu nedenle hemşirelerin solunum sistemi etkilerini bilmeleri, bu etkilere yönelik bakımı gerçekleştirmeleri ve kendilerini koruyabilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir. COVID-19 olduğu şüphelenilen veya kesin tanı alan tüm hastalarda multidisipliner ekip yaklaşımı sergilenerek önceden belirlenmiş prosedürlerin uygulanması, iyi bir planlama yapılması, uygulamaların her aşamasının değerlendirilmesi, KKE giyilmesi, profesyonel iletişimin sürdürülmesi hasta ve çalışan güvenliğini sağlar. Pandemi sürecinde solunum sistemi üzerine etkileri ve

hemşirelik bakım süreci ile ilgili eğitimlerin uygulanması ve bakımın çıktılarının değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO, A year without precedent: WHO's COVID-19 Response, 23 Aralık 2020. Erişim tarihi: 18.02.2021, <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>
2. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (SARS Cov-2 Enfeksiyonu) Rehberi Erişkin Hasta Tedavisi, 9 Ekim 2020, Erişim 01.02.2021, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39061/0/covid-19rehberieriskinhastatedavisipdf-.pdf>.
3. Halacli B, Kaya A, Topeli A. Critically ill COVID-19 patient. Turk J Med Sci 2020; 50: 585-591. doi: 10.3906/sag-2004-122.
4. Sharma SK, Nuttall C, Kalyani CV, Hemlata S. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. J Pak Med Asso 2020; 70(Suppl 3) (5): 118-S123. doi: 10.5455/JPMA.29.
5. Türen S. COVID-19 pandemisinde kalp yetersizliği olan hastanın yoğun bakım yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2020; 24(EK-1): 57-60.
6. Terzi B. COVID-19: Yoğun bakımda bakım yönetimi ve izlem. Şenuzun Aykar F, editör. İç Hastalıkları Hemşireliği ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.1-9.
7. Topbaş E, Covid-19 sürecinde böbrek yetmezliği olan hastanın yoğun bakım yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2020; 24(EK-1): 61-67.
8. Cook TM, El-Boghdadly K, McGuire B, McNarry AF, Patel A, Higgs A. Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19: Guidelines from the difficult airway society, the association of anaesthetists the intensive care society, the faculty of intensive care medicine and the Royal College of Anaesthetists. Anaesthesia 2020; 75(6): 785-99. doi: 10.1111/anae.15054.
9. Deitrick K, Adams J, Davis J. Emergency nursing care of patients with novel coronavirus disease 2019. J Emerg Nurs 2020; 46(6): 748-59. doi: 10.1016/j.jen.2020.07.010.
10. Brosnahan SB, Jonkman AH, Kugler MC, Munger JS, Kaufman DA. COVID-19 and respiratory system disorders. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology 2020; 40(11): 2586-597. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.120.314515>.
11. Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T, Randerath W, Bauer T, Geiseler J, et al. Position paper for the state of the art application of respiratory support in patients with COVID-19 German Respiratory Society. Pneumologie 2020; 74(6): 337-57. doi: 10.1055/a-1157-9976.
12. Turkish Respiratory Society. COVID-19 ve Akciğer. Göğüs hastalıkları uzmanlarının bilmesi gerekenler, 15 Nisan 2020, Erişim 12.02.2021, <https://www.solunum.org.tr/-TusadData/userfiles/file/EJP-EK-SAYI-COVID19-29042020.pdf>.
13. Pandian V, Morris LL, Brodsky MB, Lynch J, Walsh B, Rushton C, et al. Critical care guidance for tracheostomy care during the COVID-19 pandemic: A global, multidisciplinary approach. Am J Crit Care 2020; 29(6): e116-e127. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020561>.
14. Ghelichkhani P, Esmaili M. Prone position in management of COVID-19 patients; a commentary. Arch Acad Emerg Med 2020; 11; 8(1):e48.
15. Cutts S, Talboys R, Paspula C, Prempeh EM, Fanous R, Ail D. Acute respiratory distress syndrome. Ann R Coll Surg Engl 2017; 99: 12-6. doi 10.1308/rcsann.2016.0238.
16. Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P, Busana M, Romitti F, Brazzi L, et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes? Intensive Care Med 2020; 46(6): 1099-102. doi: 10.1007/s00134-020-06033-2.
17. Liu S, Zhi Y, Ying S. COVID-19 and Asthma: reflection during the pandemic. Clin Rev Allergy Immunol 2020; 59(1): 78-88. doi: 10.1007/s12016-020-08797-3.
18. Turan O, Mirici A. Chronic obstructive pulmonary disease and COVID-19. Eurasian J Pulmonol 2020; 22 (Suppl S1): 56-60.
19. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A nationwide analysis. Eur Respir J 2020; 14: 55(5): 2000547. doi: 10.1183/13993003.00547-2020.

20. Leung JM, Niikura M, Yang CWT, Sin DD. COVID-19 and COPD. *Eur Respir J* 2020; 13; 56(2): 2002108. doi: 10.1183/13993003.02108-2020.
21. Brewster DJ, Chrimes N, Do TB, Fraser K, Groombridge CJ, Higgs A, et al. Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *Med J Aust* 2020; 212(10): 472-81. doi: 10.5694/mja2.50598.
22. Rolfe S, Paul F. Oxygen therapy in adult patients. Part 1: understanding the relevant physiology and pathophysiology. *Br J Nurs* 2018; 27(14): 798-804. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.14.798>
23. Rolfe S, Paul F. Oxygen therapy in adult patients. Part 2: promoting safe and effective practice in patients' care and management. *Br J Nurse* 2018; 27(17) :988-95. doi: 10.12968/bjon.2018.27.17.988.
24. Rose L. Strategies for weaning from mechanical ventilation: A state of the art review. *Intensive Crit Care Nurs* 2015; 31(4): 189-95. doi: 10.1016/j.iccn.2015.07.003.
25. Buonsenso D, Pata D, Chiaretti A. COVID-19 outbreak: less stethoscope, more ultrasound. *Lancet Respir Med* 2020; 8(5): e27. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30120-X.
26. D'Cruz RF, Hart N, Kaltsakas G. High-flow therapy: physiological effects and clinical applications. *Breathe* 2020; 16(4): 200224. doi: 10.1183/20734735.0224-2020.
27. Guidelines for High Flow Oxygen Therapy (AIRVO²) on the Wards, 2020. Erişim 24.02.2021, <https://www.northdevonhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/12/Guidelines-for-High-Flow-Oxygen-Therapy-AIRVO%C2%B2-on-the-Wards-Fire-Risks-V1.1.pdf>
28. Raouf S, Nava S, Carpati C, Hill NS. High-flow, noninvasive ventilation and awake (nonintubation) proning in patients with Coronavirus Disease 2019 with respiratory failure. *Chest* 2020; 158(5): 1992-2002. doi: 10.1016/j.chest.2020.07.013.
29. Miller L, Luković E, Wagener G. Guiding airway management and personal protective equipment for COVID-19 intubation teams. *Br J Anaesth* 2020; 125(3): e288-e290. doi: 10.1016/j.bja.2020.06.001.
30. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS ONE* 2012; 7: e35797.
31. Bong CL, Brasher C, Chikumba E, McDougall R, Mellin-Olsen J, Enright A. The COVID-19 pandemic: effects on low and middle-income countries. *Anesth Analg* 2020; 131(2): 86-92. doi: 10.1213/ANE.0000000000004846.
32. Resuscitation Council. Resuscitation Council UK Statement on COVID-19 in relation to CPR and resuscitation in healthcare settings, 2020. Erişim 24.02.2021, <https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19-coronavirus-cpr-and-resuscitation/covid-healthcare>
33. British Thoracic Society Standards of Care Committee. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax* 2002; 57: 192-211. doi: 10.1136/thorax.57.3.192.
34. Ergan B, Nasiłowski J, Winck JC. How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation? *Eur Respir Rev* 2018; 27: 170101. doi: 10.1183/16000617.0101-2017.
35. Gulanick M, Judith LM. Nursing care plans-diagnoses, interventions and outcomes. Eight edition, elsevier mosby. 2014. p.408-508.
36. Garrett KM. Best Practices for managing pain, sedation, and delirium in the mechanically ventilated patient. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2016; 28(4): 437-50. doi:10.1016/j.cnc.2016.07.004
37. Higgs A, McGrath BA, Goddard C, Rangasami J, Suntharalingam G, Gale R, et al. Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *Br J Anaesth* 2018; 120(2): 323-52. doi: 10.1016/j.bja.2017.10.021.
38. Munshi L, Del Sorbo L, Adhikari NKJ, Hodgson CL, Wunsch H, Meade MO, et al. Prone position for acute respiratory distress syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14(Supplement_4): 280-288. doi: 10.1513/AnnalsATS.201704-343OT.
39. Medicines and Healthcare Regulatory Authority. Patient Safety Alert. Risk of using different airway humidification devices simultaneously, 15 Aralık 2015.

Erişim 21.02.2021, <https://www.england-nhs.uk/patientsafety/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/psa-humidification-devices.pdf>

40. Williams LM, Sharma S. Ventilator Safety, (İnternette) 10 Ağustos 2020, Erişim 15.02.2021, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526044>.

41. McGrath BA, Brenner MJ, Warrillow SJ, Pandian V, Arora A, Cameron TS, et al. Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance. *Lancet Respir Med* 2020; 8(7): 717–25. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30230-7.

42. Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Silva Vale RT, Oliveira CZ, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Rev Bras Ter Intensiva* 2019; 31(1): 15-20. doi: 10.5935/0103-507X.20190003.

43. Güner CK, Kutlutürkan S. Mekanik ventilasyon ayırma yöntemleri ve hemşirenin rolü. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020; 11(3): 380-383. Erişim 15.09.2020, <https://doi.org/10.31067/0.2019.195>.

Koroner Arter Baypas Cerrahisi Geçiren Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sürdürülmesi

Maintaining Healthy Lifestyle Behaviors in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery

Nihal ÇELİKTÜRK^{1a}, Tuğba Nur ÖDEN^{2b}, Fatma DEMİR KORKMAZ^{1c}

ÖZET Koroner arter hastalığı (KAH) en yaygın görülen ölüm nedenlerinden biri olup genellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Koroner hastalıkların risk faktörlerinin önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi tüm dünyada vurgulanmış ve buna dair kanıta dayalı kılavuzlar yayınlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması sonucunda KAH'ın yaklaşık olarak %60'ının önlenebileceği belirtilmiştir. KAH'ın önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında tütün ürünlerinden uzak durulması, sağlıklı beslenme, kilo yönetimi, uygun ve düzenli fiziksel aktivite yapılması ve psikososyal faktörlerin düzeltilmesi yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması sadece KAH'ın önlenmesinde önemli olmayıp sağlığın sürdürülmesinde de son derece önemlidir. KAH'ın tedavisinde en sık tercih edilen yöntem haline gelen Koroner Arter Baypas (KAB) cerrahisinden sonra da sağlığın sürdürülmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması önem taşımaktadır. KAB cerrahisinin başarısında ve KAH'ın tekrarlamamasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları anahtar rol oynamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında ve sağlığın sürdürülmesinde bireysel tercihler ön planda gibi görülsede toplumun bilgilendirilmesi ve bireylerin uyumunun sağlanması açısından hemşirelerin önemli rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında hastalara ve ailelerine eğitim vermek, sosyal sorumluluk oluşturmak ve bu alanda araştırmalar yapmak gibi birçok fırsatı da bulunmaktadır. Bu derlemede koroner arter hastalarına veya KAB cerrahisi geçiren hastalara yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve önerilere yer verilmektedir.

Anahtar kelimeler: hemşirelik; koroner arter baypas; koroner arter hastalığı; sağlıklı yaşam tarzı

ABSTRACT Coronary Artery Disease (CAD) is one of the most common causes of death and is generally seen in low and middle income countries. The importance of healthy lifestyle behaviors in preventing risk factors of coronary diseases has been emphasized all over the world and evidence-based guidelines have been published. It has been stated that approximately 60% of CAD can be prevented as a result of gaining healthy lifestyle behaviors. Healthy lifestyle behaviors in the prevention of CAD include avoiding tobacco products, healthy nutrition, weight management, proper and regular physical activity and revision of psychosocial factors. Acquiring healthy lifestyle behaviors is not only important in preventing CAD, but also in maintaining health. After Coronary Artery Bypass (CAB) surgery, which has become the most preferred method in the treatment of coronary artery disease, it is important to gain healthy lifestyle behaviors in maintaining health. Healthy lifestyle behaviors play a key role in the success of CAB surgery and the non-recurrence of CAD. Although individual preferences seem to be at the forefront in acquiring healthy lifestyle behaviors and maintaining health, nurses have important roles and responsibilities in informing the society and ensuring the harmony of individuals. At the same time, nurses have many opportunities to gain healthy lifestyle behaviors, such as providing education to patients and their families, creating social responsibility and conducting research in this field. This review includes health lifestyle behaviors and recommendations for patients with CAD or patients undergoing CAB surgery.

Keywords: coronary artery bypass; coronary artery disease; healthy lifestyle; nursing

GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH) dünyada ve ülkemizde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.^{1,2} Dünyada her yıl 17.9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir.¹ Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ölüm nedenlerinin %31'ini oluştururken ülkemizde %42'sini oluşturmaktadır.^{1,2} Ülkemizde yetişkinlerde koroner arter hastalığı prevalansı ise %3.8 olarak belirtilmektedir.² Altta yatan patolojisinin ateroskleroz olduğu koroner arter hastalığı genellikle orta yaşta gelişir ve aniden ortaya çıkar. KAH'ın risk faktörlerinin belirlenmesinin ve risk faktörlerinin kontrol altına alınmasının mortalite ve morbiditeyi

azalttığı tespit edilmiştir.³ KAH'ın değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. KAH'ın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ileri yaş, erkek cinsiyet, genetik geçiş yer almaktadır.³⁻⁵ KAH'ın değiştirilebilen risk faktörleri arasında ise dislipidemi, sigara, hipertansiyon, psikososyal faktörler, diyabetes mellitus, artmış bel çevresi kalınlığı, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, alkol tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivite yer almaktadır.⁶ Bu risk faktörlerine yönelik birincil ve ikincil koruma yöntemleri bulunmaktadır.^{7,8} KAH'ın birincil koruma yöntemleri arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması çok önemli rol oynamaktadır.^{7,9} Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında tütün ürünlerinden

Geliş Tarihi/Received: 03.04.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 21.06.2021

ORCID: 0000-0002-9004-0502^a, 0000-0002-3460-9725^b, 0000-0003-3810-297X^c

¹Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir

²Ege Üniversitesi Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir

Yazışma Adresi/Correspondence: Nihal ÇELİKTÜRK

E-posta: nihalciktrk@gmail.com

uzak durulması, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, uygun ve düzenli fiziksel aktivite yapılması ve psikososyal faktörlerin düzeltilmesi yer almaktadır.^{7,10}

Koroner arter hastalığı tedavisinde sık tercih edilen yöntemlerinden biri Koroner Arter Baypas (KAB) cerrahisidir.^{11,12} KAB cerrahisinin etkili bir tedavi yöntemi olması ile birlikte KAB cerrahi sonrası yeniden cerrahi uygulanma oranının %10.3 olduğu belirtilmektedir.¹³ KAB cerrahisi sonrası KAH'ın tekrar görülmesinin ve cerrahinin tekrar uygulanmasının önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi önerilmektedir.¹⁴⁻¹⁸ Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kardiyometabolik sağlık indekslerini (kan basıncı, dislipidemi, diyabetes mellitus vb.) iyileştirerek birçok kronik duruma karşı koruma sağlamaktadır.¹⁹ Bu doğrultuda KAB cerrahisinden sonra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının morbidite ve mortalite üzerine etkilerinin olduğu belirtilmektedir.²⁰ Yapılan çalışmalarda KAB cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasının ve sürdürülmesinin koroner arter hastalığı riskini azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı belirtilirken^{20,21} bireylerin cerrahi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum sağlamadıkları saptanmıştır.^{22,23}

Literatürde KAH'a yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili rehberler bulunmaktadır.^{3,7,8,24-26} Bu rehberlerdeki bilgilerin bilinmesi ve uyumun sağlanması için hem bireylere hem de hemşirelere bazı görevler düşmektedir. Hemşirelerin tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olan KAH'ın önlenmesinde ve KAB cerrahisi sonrası sağlığın sürdürülmesinde önerileri desteklemesi, pekiştirmesi ve bilgileri yaygınlaştırması gerekmektedir. Bu derlemede koroner arter hastalarına veya KAB cerrahisi geçiren hastalara yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve önerilere yer verilmektedir

Tütün Ürünlerinden Uzak Durulması

Hedef: Sigarayı tamamen bırakma ve çevresel sigara dumanına maruz kalmama.

Sigara KAH'ın önlenmesinde ve sağlığın sürdürülmesinde önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 Küresel Tütün Epidemiyolojisi Raporu'nda (WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco) dünya nüfusundaki erkeklerin %36'sının, kadınların %7'sinin ve her iki cinsiyete sahip olan kişilerin %21'inin sigara

içtiği belirtilmiştir.²⁷ Ülkemizde Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) (2017) raporunda 1990 ve 2003-2004 yıllarında 30 yaş üzeri erkeklerin %45,8'inin ve 30 yaş üzeri kadınların ise %17,6'sının sigara içtiği belirtilmiştir.²

Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Kan basıncını yükseltmesi, aterosklerozu, koroner vasküler direnci, trombosit agregasyonunu, fibrinojen seviyesini ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (Low Density Lipoprotein-LDL) seviyesini artırması ve oksijen dağıtımını azaltması sigaranın olumsuz etkilerinden bazılarıdır.^{28,29} Ayrıca sigara, Asimetrik Dimetil Arjinin'i (ADMA) ve oksidatif stresi arttırarak endotel hasarına, fibrinolizin engellenmesine ve kardiyovasküler disfonksiyona neden olabilir.^{29,30} Sigaranın, KAH ile ilişkili genlerin DNA metilasyonunu değiştirebileceği de belirtilmiştir.³¹ Yapılan çalışmalarda sigaranın KAH riskini artırdığı belirtilmiştir.³²⁻³⁴ KAB cerrahisinden sonra ise sigaranın miyokard enfarktüsü, tekrar cerrahi geçirme ve arteriyel greftlerde endotel disfonksiyonu gelişme riskini artırabileceği belirtilmiştir.³⁵⁻³⁷ Buna karşın literatürde KAB cerrahisi sonrası hastaların %15,2-57'sinin sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır.^{18,38-40}

Öneriler:

- Sigara içmeyen bireylere de sigara içilmemesi konusunda uyarı yapılması,^{3,25}
- Tüm sigara içen bireylerin bir sağlık profesyoneli tarafından sigarayı bırakmaya teşvik edilmesi ve bunun için desteklenmesi,³
- Her sağlık kurumunda sigarayı bırakma konusunda eğitilmiş bir çalışanın istihdam edilmesi ve görevlendirilmesi,²⁶
- Sigarayı bırakmak isteyen bireyler için bağımlılık düzeyinin belirlenmesi, bırakma isteğinin değerlendirilmesi ve buna yönelik bir plan oluşturulması,⁸
- Sigara içiminin azaltılması yerine tamamen bırakılması,^{8,25}
- Sigara dışında diğer tütün ürünlerini ve bitkileri de kullanan bireylerin bu ürünleri bırakmaları veya uzak durmaları,^{3,25,26}
- Sigara içiciliği kadar önemli etkilere neden olan çevresel dumana maruz

kalınan pasif içiciliğin de engellenmesi,^{3,8,25,26}

- Sigarayı bırakmada zorlanan bireyler için veya sigarayı bırakma düzeyini en üste çıkarmak için nikotin içeren farmakoterapi (nikotin replasman tedavisi/nortriptilin veya amfetamin) tedavisi uygulanması,^{3,8,25,26}
- Bireyin sigarayı bırakma sürecinde düzenli olarak takiplerinin yapılması ve özel programlara yönlendirilmesi önerilmektedir.⁷

Sağlıklı Beslenme

Hedef: Genel olarak sağlıklı bir beslenme düzeni sağlama

Çeşitli besinler, mineraller, gıda grupları ve diyet türleri KAH riski ile ilişkilendirilmektedir. Sağlıklı beslenme ile KAH risk faktörlerinin (kolesterol, hipertansiyon, kilo alımı vb.) kontrol altına alınabileceği veya KAH'ın önlenilebileceği belirtilmektedir.^{7,10,41} Yapılan çalışmalarda Akdeniz diyetinin (sebze, meyve, tahıl ve baklagilden zengin), günde beş porsiyondan fazla meyve ve sebze tüketiminin, özellikle yeşil yapraklı ve C vitamini yönünden zengin meyve ve sebze tüketiminin, az yağlı süt ürünleri ve peynir tüketiminin, n-3 çoklu yağ asitlerinin deniz ürünleri ile alınmasının KAH riskini azalttığı ve kalp sağlığını koruduğu belirtilmiştir.⁴²⁻⁴⁶ Literatürde KAB cerrahi sonrası hastaların sağlıklı beslenmeye yönelik ilgisinin zamanla azaldığı belirtilmektedir. Bu durum KAB cerrahisi geçiren hastalara ikincil korunmada beslenmenin önemini anlatan eğitimlerin verilmesi ve verilen eğitimlerin belirli aralıklar ile tekrarlanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.^{47,48} Bununla birlikte literatürde halen KAH'ın önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesinde beslenme ile ilgili daha çok çalışmanın yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.^{49,50}

Alkol tüketimi ile KAH ilişkilendirilmiş olmasına rağmen bu durum halen belirsizliğini korumaktadır.^{51,52} İlimli alkol tüketiminin genel sağlık üzerine etkisinde olduğu gibi kardiyovasküler sistem üzerinde olan etkileri de tartışmalıdır.⁵³ Alkol kullanımına yönelik güven eşliğinin belirlenerek olumsuz etkilerinin önlenilebileceği vurgulanmaktadır.⁵⁴ Orta derecede alkol tüketiminin, alkol türüne göre kolesterol veya trigliserit düzeylerinde artışa neden olarak

koroner arter hastalığı riskini artırdığı belirtilmiştir.⁵⁵ Buna karşın literatürde KAB cerrahisi sonrası hastaların %12-44'ünün alkol kullandığı saptanmıştır.^{39,56} Yapılan bir çalışmada KAB cerrahisi sonrası hastaların %28,8'inin alkol tüketmediği, %40,8'inin 1-14 birim/hafta, %15,4'ünün 15-21 birim/hafta ve %14,9'unun >21 birim/hafta alkol tükettiği belirtilmiştir.⁵⁷ Bir birim alkolün 10-15 gr arasında saf alkol içermesi ve günde 1-2 birim alkol tüketiminin orta düzey tüketim olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada KAB cerrahisi sonrası hastaların çoğunluğunun orta düzeyde alkol tükettiği söylenebilir.^{57,58} Yapılan bir diğer çalışmada ise KAB cerrahisi sonrası hastaların %27'sinin hafif düzeyde (1-6 birim/hafta) alkol tükettiği saptanmıştır.⁵⁶

Öneriler:

- Çeşitli meyveler, sebzeler, kepekli tahıllar, kabuklu yemişler, az yağlı veya yağsız süt ürünleri, balıklar, baklagiller, tropikal olmayan bitkisel yağlar, kümes hayvanları ve yağsız etlerin tüketilmesi,^{7,24,25,26}
- Beslenme programlarının oluşturulmasında bireysel ve kültürel özelliklerin göz önünde bulundurulması,²⁴
- Tüm bireylerin doymuş yağ, toplam yağ ve trans yağ alımının azaltılması,^{3,24}
- Enerji alımının enerji ihtiyaçlarıyla eşleştirilmesi ve gerektiğinde kilo kaybına ulaşmak için uygun değişiklikler yapılması,⁷
- Toplam yağ alımının toplam alınan kaloringin yaklaşık %30'una düşürülmesi, doymuş yağ alımının toplam alınan kaloringin %10'undan daha az olması,³
- Doymuş yağlar yerine tekli doymamış yağların (toplam kaloringin %10-15'ini oluşturacak şekilde) veya çoklu doymamış yağların (toplam kaloringin %10'unu oluşturacak şekilde) tüketilmesi,^{3,26}
- Azaltılmış miktarda kolesterol ve sodyum içeren beslenmenin tercih edilmesi,²¹
- Tüm bireylerin günlük tuz tüketimini en az üçte bir oranında düşürmeye teşvik edilmesi ve mümkünse tuz alımının günde 5 gr'dan daha az veya

- 90 mmol olacak şekilde sınırlandırılması,^{3,25}
- Günde tercih edilen tam tahıllı ürünlerden 30-45 gr tüketilmesi,²⁵
 - Günde ≥ 200 gr meyve (2-3 porsiyon) ve ≥ 200 gr sebze (2-3 porsiyon) tüketilmesi,²⁵
 - Haftada 1-2 kez, çeşidi yağlı balık olmak üzere, balık tüketilmesi,²⁵
 - Günde 30 gr tuzsuz kuruyemiş tüketilmesi,²⁵
 - İşlenmiş etin, rafine karbonhidrat besinlerin ve şekerli içeceklerin tüketilmemesi,^{25,26}
 - Alkol tüketiminin erkeklerde günde iki bardak (20 gr/gün) ve kadınlarda günde bir bardak (10 gr/gün) olarak sınırlandırılması önerilmektedir.²⁰

Kilo Yönetimi

Hedef: İstenilen kiloya ulaşma ve bunu sürdürme

Obezite KAH'ın önde gelen risk faktörlerindedir.^{59,60} Obezitenin KAH risk faktörleri olan kan basıncı, hiperlipidemi ve diyabetes mellitus ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.⁶¹ Obez bireylerde, KAH riskinin artarak koroner arter dolaşımının bozulması ve fazla kilonun kalbin iş yükünü artırması sonucunda ani ölümlerin görülebileceği düşünülmektedir.⁶² KAH riskinin azaltılması için fazla kilosu olan kişilerin kilo kaybının sağlanması önerilmekte olup burada dikkat edilmesi gereken kasıtlı veya kasıtsız kilo kaybının ayırt edilmesidir. Kilo kaybının altında yatan kasıtlı veya kasıtsız olan mekanizmanın bilinmesi koroner arter hastalığı olan kişilerde sonraki riskler üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir.^{63,64} Yapılan çalışmalarda sağlıklı kilonun korunmasının kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı saptanmıştır.^{59,65}

Ayrıca, KAB cerrahisinden sonra aşırı obez kişilerde morbidite ve mortalite oranlarının arttığı da belirtilmiştir.⁶⁶ Literatürde KAB cerrahisi sonrası hastaların ortalama vücut ağırlığının 78,6 \pm 11,6 kg ve beden kitle indeksinin de 28,2 \pm 3,8 kg/m² olduğu belirtilmiştir.³⁹ Bu değer DSÖ önerilerine göre obezite öncesi kategorisine girdiği ve bu hastaların obezite sınırına yaklaştığı söylenebilir.⁶⁷

Öneriler:

- Fazla kilolu/obez bireylerin kalori kısıtlaması ve fiziksel aktivitenin artırılması ile kilo vermeye teşvik edilmesi,^{3,7,26}
- Ölçülebilir veriler ile değerlendirme yapıldığında bireylerin vücut kitle indeksinin 20-25 kg/m² arasında olması ve erkeklerde bel çevresinin <94 cm, kadınlarda bel çevresinin <80 cm olması,²⁵
- Fazla kilolu/obez bireyler için, tedavinin ilk yılında vücut ağırlığının %10'unun azaltılması önerilmektedir.⁷

Uygun ve Düzenli Fiziksel Aktivite

Hedef: Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta (haftada beş gün, 30 dakika) veya haftada 75 dakika şiddetli yoğunlukta (haftada beş gün, 15 dakika) aerobik fiziksel aktivite yapma

Fiziksel aktivitenin KAH üzerindeki koruyucu etkilerinin belirsizliği devam etmektedir. Ancak fiziksel aktivitenin KAH'ın risk faktörleri olan kilo alımı, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabetes mellitus üzerine etki ederek KAH riskini azalttığı da belirtilmektedir.^{68,69} Yapılan bir meta analizde şiddetli yoğunlukta yapılan fiziksel aktivitenin KAH ve inme riskini %20-30, orta yoğunlukta yapılan fiziksel aktivitenin ise %10-20 azalttığı belirtilmiştir.⁷⁰ Bir diğer çalışmada ise aerobik egzersizin ve düşük enerjili beslenme kombinasyonunun KAH riskini azalttığı belirlenmiştir.⁷¹ KAB cerrahisi sonrası KAH'ın tekrar görülmesinin, hastaneye yeniden yatışların ve komplikasyonların önlenmesinde yeterli fiziksel aktivitenin yapılması önerilmektedir.^{72,73} Ancak literatürde KAB cerrahi sonrası önerilen fiziksel aktiviteye uyumun zamanla azaldığı belirtilmiştir.⁴⁷ Yapılan çalışmalarda da KAB cerrahisi sonrası hastaların %49-77'sinin önerilen fiziksel aktiviteye uyum sağlamadığı^{18,74} ve %60,8'inin fiziksel aktiviteye uyum sağladığı⁷⁵ saptanmıştır.

Öneriler:

- Yetişkinlere fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzının benimsetilmesi için hastane ziyaretlerinde rutin olarak danışmanlık yapılması,²⁶
- Yetişkinlerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta (haftada beş gün, 30 dakika) aktivitenin veya haftada 75

dakika şiddetli yoğunlukta (haftada beş gün, 15 dakika) aerobik fiziksel aktivitenin veya orta şiddetli aktivitelere eşdeğer kombinasyon yapılması (Tablo 1),^{25,26}

- Haftada en az yapılması önerilen fiziksel aktiviteleri (150 dakika orta yoğunlukta aktivitenin veya haftada 75 dakika şiddetli yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite) yapamayan bireyler için önerilenden daha az da olsa fiziksel aktivitenin yapılması,²⁶
- Bireyde kardiyovasküler, solunum, metabolik, ortopedik veya nörolojik bozukluklardan şüpheleniliyorsa veya

birey orta-ileri yaşta ve hareketsiz ise yüksek yoğunlukta egzersiz programına başlamadan önce hekime danışılması,⁷

- Vücut direncini arttırmak için, egzersiz başına bir, iki set yapılan sekiz veya 10 farklı egzersiz ve haftada iki gün 10, 15 tekrar ile yapılan orta yoğunlukta egzersiz yapılması,⁷
- Gün içinde günlük yaşam tarzı aktivitelerinin (ev işleri, bahçecilik, işte yürüyüş molaları) artırılması ve esneklik egzersizleri ile günlük egzersizin tamamlanması önerilmektedir.^{7,8}

Tablo 1. Fiziksel Aktivite Yoğunluğunun Sınıflandırılması^{20,21}

Yoğunluk	Mutlak Yoğunluk		Göreceli Yoğunluk		
	MET	Örnek	%KHMaks	Borg Skalası	Konuşma Testi
Sedanter	1-1,5	Oturma, yaslanma, uzanma, televizyon izleme	-	-	-
Düşük	1,1-2,9	Yavaş yürüyüş (<4,7 km/h), hafif ev işleri, yemek pişirme	50-63	10-11	
Orta	3-5,9	Hızlı yürüyüş (4,8-6,5 km/h), yavaş bisiklet sürme (15 km/h), boyama/dekorasyon, süpürme, bahçe işleri (çim biçme), golf, tenis (iki kişi ile), salon dansı, su aerobiği, aktif yoga	64-76	12-12	Nefes alma hızlıdır ancak cümleleri tam söyleyebilir
Şiddetli	≥6	Uzun mesafeli yürüme yarışı, hafif koşu veya koşu, bisiklet sürme (>15 km/h), ağır bahçe işleri (kazı, çapa), yüzme turları, tenis (tek kişi ile)	77-93	14-16	Hızlı nefes alır ve sohbeti rahatça sürdürmez

MET (Metabolik Eşdeğer): Belirli bir aktivite sırasında yakılan enerjinin dinlenme halinde harcanana enerjiye bölünmesi ile hesaplanır: 1 MET=3,5ml/kg/dk oksijen tüketimi (VO₂).

%KHMaks: Tahmin edilen maksimum kalp atış yüzdesi

Borg Skalası: Algılanan efor derecesi (6-20)

Psikososyal Faktörler

Hedef: Psikososyal risk faktörlerinin tedavisi ile stres, anksiyete ve depresyonu önleme ve böylece davranış değişikliğini kolaylaştırma

Psikososyal risk faktörleri olarak stres, sosyoekonomik durum, sosyal destek eksikliği, depresyon, düşmanlık, anksiyete ve diğer ruhsal hastalıklar KAH'ın gelişme riskini artırmaktadır.²⁵ Aynı zamanda koroner arter hastalarında depresyon, anksiyete ve distres yaygın olarak görülmektedir.⁷⁶ KAB cerrahisinden sonra da depresyon ve anksiyetenin olumsuz hasta sonuçları ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁷⁷

Psikososyal risk faktörleri, yaşam tarzı değişikliklerinin yapılmasında, sürdürülme-

sinde ve tedaviye uyumda engel oluşturmaktadır.²⁵

Öneriler:

- Yetişkinler için psikososyal stresörlerin rutin olarak değerlendirilmesi ve uygun danışmanlığın sağlanması,²⁶
- Koroner arter hastalarının psikososyal stres ve uygun bakım için değerlendirilmesi,⁷⁶
- Klinik olarak anlamlı depresyon, anksiyete ve düşmanlık belirtileri olması durumunda bireyin psikoterapi, ilaç tedavisi veya işbirlikçi bakım için başvurması,⁷⁶
- Klinik görüşmelerin yapılması veya anketlerin kullanılması ile psikososyal risk faktörlerin değerlendirilerek

bireylerde yaşam tarzı değişikliği veya ilaca uyumun önündeki engellerin belirlenmesinin düşünülmesi önerilmektedir.²⁵

SONUÇ ve ÖNERİLER

Koroner arter hastalarında veya KAB cerrahisi sonrası hastalarda sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında bireylerin kendi seçimleri etkili olsa da toplumun ve kurumların bireylere sunduğu fırsatların da büyük etkisi bulunmaktadır. Bu sebeple sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Hem hasta hem de hastanın ailesi ile yakın iletişimde bulunan sağlık çalışanlarından biri hemşiredir. Hemşirelerin koroner arter hastalarında veya KAB cerrahisi sonrası hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bilgileri yaygınlaştırması, hastalara eğitim vermesi, hastaları motive etmesi ve sosyal sorumluluk projelerinde yer alması ve araştırmalar yapması sağlığın korunmasında, uyumun sağlanmasında ve sürdürülmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cardiovascular Diseases (CVDs). 2017. Erişim adresi: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Erişim tarihi: 10.06.2021.
2. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoglu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A. TEKHARF 2017-Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık. 2017. Erişim adresi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>. Erişim tarihi: 10.12.2020.
3. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. 2007. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43685>. Erişim tarihi: 12.12.2020.
4. Mendis S, Puska P, Norrving B, World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization. 2011. Erişim adresi: https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/Global_CVD_Atlas-min.pdf. Erişim tarihi: 01.01.2021.
5. Rodrigues AL, Ball J, Ski C, Stewart S, Carrington MJ. A systematic review and meta-analysis of primary prevention programmes to improve cardio-metabolic risk in non-urban communities. *Prev Med* 2016;87:22-34.
6. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-952.
7. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update: consensus panel guide to comprehensive risk reduction for adult patients without coronary or other atherosclerotic vascular diseases. *Circulation* 2002;106(3):388-391.
8. Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol* 2006;47(10):2130-2139.
9. Masana L, Ros E, Sudano I, Angoulvant D, Gerediaga DI, Eizagaechearria NM, et al. Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? What, when and how? *Atheroscler Suppl* 2017;26:2-15.
10. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Merz CNB, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice

- Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Part B):2889-2934.
11. Kulik A. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a primer. *Curr Opin Cardiol* 2016;31(6):635-643.
 12. Mattia A, Manetta F. Medical and Surgical Management and Outcomes for Coronary Artery Disease. *IntechOpen* 2017;163.
 13. Mohamed MO, Shoaib A, Gogas B, Patel T, Alraies MC, Velagapudi P, et al. Trends of repeat revascularization choice in patients with prior coronary artery bypass surgery. *Catheter Cardiovasc Interv* 2020;1:11.
 14. Ali MA, Yasir J, Sherwani RN, Fareed M, Arshad F, Abid F, et al. Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study. *Indian Heart J* 2017;69(4):469-473.
 15. Safabakhsh L, Arbabisarjou A, Jahantigh M, Nazemzadeh M, Rigi SN, Nosratzehi S. The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft-hospitalized in Shiraz hospitals. *Glob J Health Sci* 2016;8(5):154.
 16. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngäs H, Lamidi ML. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *J Adv Nurs* 2015;71(10):2364-2373.
 17. Cobb SL, Brown DJ, Davis LL. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(1):31-39.
 18. Griffo R, Ambrosetti M, Tramarin R, Fattirolli F, Temporelli PL, Vestri AR, et al. Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *Int J Cardiol* 2013;167(4):1390-1395.
 19. Bailey RR, Phad A, McGrath R, Haire-Joshu D. Prevalence of five lifestyle risk factors among US adults with and without stroke. *Disabil Health J* 2019;12(2):323-327.
 20. Van Rooy L, Coopoo Y. Physical activity and lifestyle modification in the reduction of cardiovascular disease risk in coronary artery bypass graft patients. *AJPHEs* 2017;23(2):336-353.
 21. Oldenburg B, Martin A, Greenwood J, Bernstein L, Allan R. A controlled trial of a behavioral and educational intervention following coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil* 1995;15(1):39-46.
 22. Vachenaer R, Grunenfelder J, Plass A, Slankamenak K, Pantic L, Kisner D, et al. Changing lifestyle habits as secondary prophylaxis after coronary artery bypass grafting. *Heart Surg Forum* 2008;11(4):E243.
 23. Allen JK. Coronary risk factors in women one year after coronary artery bypass grafting. *J Womens Health Gen Based Med* 1999;8(5):617-622.
 24. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Part B):2960-2984.
 25. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-238.
 26. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart

- Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;4(10):e177-e232.
27. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. 2015. Erişim adresi: https://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/. Erişim tarihi: 12.12.2020.
 28. Rigotti NA, Pasternak RC. Cigarette smoking and coronary heart disease: risks and management. *Cardiol Clin* 1996;14(1):51-68.
 29. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol* 2004;43(10):1731-1737.
 30. Szpak D, Grochowalski A, Chrzęszcz R, Florek E, Jawień W, Undas A. Tobacco smoke exposure and endothelial dysfunction in patients with advanced coronary artery disease. *Pol Arch Med Wewn* 2013;123(9):474-481.
 31. Steenaard RV, Ligthart S, Stolk L, Peters MJ, van Meurs JB, Uitterlinden AG, et al. A. Tobacco smoking is associated with methylation of genes related to coronary artery disease. *Clin Epigenetics* 2015;7(1):54.
 32. Wang XL, Greco M, Sim AS, Duarte N, Wang J, Wilcken DE. Effect of CYP1A1 MspI polymorphism on cigarette smoking related coronary artery disease and diabetes. *Atherosclerosis* 2002;162(2):391-397.
 33. Amiri P, Mohammadzadeh-Naziri K, Abbasi B, Cheraghi L, Jalali-Farahani S, Momenan AA, et al. Smoking habits and incidence of cardiovascular diseases in men and women: findings of a 12 year follow up among an urban Eastern-Mediterranean population. *BMC Public Health* 2019;19(1):1042.
 34. Banks E, Joshy G, Korda RJ, Stavreski B, Soga K, Egger S, et al. Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC Med* 2019;17(1):128.
 35. Voors AA, van Brussel BL, Thijs Plokker HW, Ernst SM, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery: a 15-year follow-up study. *Circulation* 1996;93(1):42-47.
 36. van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJ. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol* 2000;36(3):878-883.
 37. Amoroso G, Mariani MA, Tio RA & Grandjean JG. Continued cigarette smoking after coronary artery bypass surgery reduces endothelium-dependent vasodilation in internal thoracic artery grafts. *Ital Heart J* 2001;2:139-141.
 38. Saxena A, Shan L, Reid C, Dinh DT, Smith JA, Shardey GC, et al. Impact of smoking status on early and late outcomes after isolated coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiol* 2013;61(5):336-341.
 39. Alcan AO, Korkmaz FD Çakmakçı H. An evaluation of health-promotion lifestyle behaviors following coronary artery bypass graft surgery. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg* 2017;25(1).
 40. Keskin K, Sezai Yıldız S, Çetinkal G, Çetin Ş, Sığırcı S, Kilci H, et al. Persistent smoking rate after coronary revascularization and factors related to smoking cessation in Turkey. *J Public Health* 2018;40(4):806-812.
 41. Reddy KS, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutr* 2004;7(1a):167-186.
 42. Singh RB, Dubnov G, Niaz MA, Ghosh S, Singh R, Rastogi SS, et al. Effect of an Indo-Mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patients (Indo-Mediterranean Diet Heart Study): a randomised single-blind trial. *Lancet* 2002;360(9344):1455-1461.
 43. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort

- studies. *J Hum Hypertens* 2007;21(9):717-728.
44. Qin LQ, Xu JY, Han S, Zhang ZL, Zhao Y, Szeto IM. Dairy consumption and risk of cardiovascular disease: an updated meta-analysis of prospective cohort studies. *Asia Pac J Clin Nutr* 2015;24(1):90-100.
 45. Joshipura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE, et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001;134(12):1106-1114.
 46. Siscovick DS, Raghunathan TE, King I, Weinmann S, Wicklund KG, Albright J, et al. Dietary intake and cell membrane levels of long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids and the risk of primary cardiac arrest. *JAMA* 1995;274(17):1363-1367.
 47. Vachenaer R, Gruenenfelder J, Plass A, Slankamenak K, Pantic L, Kisner D, et al. Changing lifestyle habits as secondary prophylaxis after coronary artery bypass grafting. *Heart Surg Forum* 2008;11(4):E243-247.
 48. Van Rooy L, Coopoo Y. Change in patient nutritional knowledge following coronary artery bypass graft surgery. *Health SA* 2017;22(1):123-129.
 49. Bhupathiraju SN, Tucker KL. Coronary heart disease prevention: nutrients, foods, and dietary patterns. *Clin Chim Acta* 2011;412(17-18):1493-1514.
 50. Anand SS, Hawkes C, De Souza RJ, Mente A, Dehghan M, Nugent R, et al. (2015). Food consumption and its impact on cardiovascular disease: importance of solutions focused on the globalized food system: a report from the workshop convened by the World Heart Federation. *J Am Coll Cardiol* 2015;66(14):1590-1614.
 51. Piano MR. Alcohol's effects on the cardiovascular system. *Alcohol Res* 2017;38(2):219-241.
 52. Larsson SC, Burgess S, Mason AM, Michaëlsson K. Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease: A Mendelian Randomization Study *Circ Genom Precis Med* 2020;13:e002814.
 53. Hines LM, Rimm EB. Moderate alcohol consumption and coronary heart disease: a review. *Postgra M J* 2001;77(914):747-752.
 54. Toma A, Paré G, Leong DP. Alcohol and cardiovascular disease: how much is too much?. *Curr Atheroscler Rep* 2017;19(3):13.
 55. Foerster M, Marques-Vidal P, Gmel G, Daeppen JB, Cornuz J, Hayoz D, et al. Alcohol drinking and cardiovascular risk in a population with high mean alcohol consumption. *Am J Cardiol* 2009;103(3):361-368.
 56. Mukamal KJ, Girotra S, Mittleman MA. Alcohol consumption, atherosclerotic progression, and prognosis among patients with coronary artery bypass grafts. *Am Heart J* 2006;151(2):368-372.
 57. Grabas MPK, Hansen SM, Torp-Pedersen C, Bøggild H, Ullits LR, Deding U, et al. Alcohol consumption and mortality in patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG)-a register-based cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* 2016;16(1):1-10.
 58. Fagrell B, De Faire U, Bondy S, Criqui M, Gaziano M, Gronbaek M, et al. The effects of light to moderate drinking on cardiovascular diseases. *J Intern Med* 1999;246(4):331-340.
 59. Akil L, Ahmad HA. Relationships between obesity and cardiovascular diseases in four southern states and Colorado. *J Health Care Poor Underserved* 2011;22(4 Suppl):61.
 60. Bangalore S, Fayyad R, Laskey R, DeMicco DA, Messerli FH, Waters DD. Body-weight fluctuations and outcomes in coronary disease. *N Engl J Med* 2017;376:1332-1340.
 61. Formentini FS, Nagano FEZ, Neto FDNL, Adam EL, Fortes FS, da Silva LF. Coronary artery disease and body mass index: What is the relationship?. *Clin Nutr ESPEN* 2019;34:87-93.
 62. Kannel WB, LEBAUER EJ, Dawber TR, McNamara PM. Relation of body weight to development of coronary heart disease: The Framingham Study. *Circulation* 1967;35(4):734-744.
 63. Arena R, Lavie CJ. Excess body weight and coronary artery disease-associated risks, the obesity paradox, and implications for cardiac

- rehabilitation. US Cardiology 2011;8(2):88-93.
64. Pack QR, Rodriguez-Escudero JP, Thomas RJ, Ades PA, West CP, Somers VK, et al. The prognostic importance of weight loss in coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc 2014;89(10):1368-1377.
 65. Lavie CJ, Milani RV, Artham SM, Patel DA, Ventura HO. The obesity paradox, weight loss, and coronary disease. Am J Med 2009;122(12):1106-1114.
 66. Habib RH, Zacharias A, Schwann TA, Riordan CJ, Durham SJ, Shah A. Effects of obesity and small body size on operative and long-term outcomes of coronary artery bypass surgery: a propensity-matched analysis. Ann Thorac Surg 2005;79(6):1976-1986.
 67. World Health Organization. Body Mass İndeks-BM. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Erişim tarihi: 10.12.2021.
 68. Wannamethee SG, Shaper AG. Physical activity in the prevention of cardiovascular disease. Sports Med 2001;31(2):101-114.
 69. Winzer EB, Woitek F, Linke A. Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. J Am Heart Assoc 2018;7(4):e007725.
 70. Li J, Siegrist J. Physical activity and risk of cardiovascular disease—a meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Environ Res Public Health 2012;9(2):391-407.
 71. Pedersen LR, Olsen RH, Jürs A, Astrup A, Chabanova E, Simonsen L, et al. A randomised trial comparing weight loss with aerobic exercise in overweight individuals with coronary artery disease: The CUT-IT trial. Eur J Prev Cardiol 2015;22(8):1009-1017.
 72. Lan C, Chen SY & Lai JS. Exercise training for patients after coronary artery bypass grafting surgery. Acute coronary syndromes. IntechOpen 2012;117-28.
 73. Yates BC, Pozehl B, Kupzyk K, Epstein CM, Deka P. Are heart failure and coronary artery bypass surgery patients meeting physical activity guidelines?. Rehabil Nurs 2015;0:1-7.
 74. Acar B, Yayla C, Ipek EG, Unal S, Ertem AG, Burak C, et al. Parameters influencing the physical activity of patients with a history of coronary revascularization. Rev Port Cardiol 2017;36(10):721-728.
 75. Rouhi BL, Paryad E, Kazemnezhad Le, Bouraki S, Sadeghi MA, Nasiri SN. Study status of care adherence and its related factors in patients undergoing coronary artery bypass surgery. JHNM 2015;25(77):34-35.
 76. Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, et al. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013;34(38):2949-3003.
 77. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. Ann Thorac Surgery 2003;75(1):314-321.

Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre COVID-19 Şüpheli Bir Hastanın Bakımı

Care of A Patient With Suspicious COVID-19 According to The Roy Adaptation Model

Tuğba Hatice ÇAYLAR^{1a}, Banu TERZİ^{2b}

ÖZET Son aylarda ortaya çıkan COVID-19 salgını nedeniyle hastalık şüphesi olan ve hasta olan bireyler karantinaya alınmaktadır. Bu süreç yüksek düzeyde adaptasyonu gerektirmektedir. Hemşire Callista Roy tarafından geliştirilen Adaptasyon Modeli'nde birey, çeşitli uyaranlara uyum sağlayabilmek için baş etme mekanizmalarını kullanmakta ve birey uyaranlara davranışlarıyla yanıt vermektedir. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz etkilemektedir. Roy'a göre, hemşireliğin amacı bireyde uyumlu yanıtların geliştirilmesidir. Bu olgu sunumunda, 73 yaşında beş gündür COVID-19 şüphesiyle hastanede yatışı yapılan bireyin uyum sorunlarının çözümüne yönelik hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli kullanımına yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: COVID-19; olgu sunumu; Roy Adaptasyon Modeli

ABSTRACT Due to the COVID-19 outbreak that has emerged in recent months, individuals who are suspected of illness and are sick are quarantined. This process requires a high level of adaptation. In the Adaptation Model developed by Nurse Callista Roy, the individual uses coping mechanisms to adapt to various stimuli and the individual responds to the stimuli with their behaviour. While compatible responses are aimed at improving the integrity of the individual, incompatible responses negatively affect this integrity. According to Roy, the purpose of nursing is to develop harmonious responses in the individual. In this case report, the use of the Roy Adaptation Model in nursing care was included to solve the adaptation problems of a 73-year-old patient who was hospitalized with suspicion of COVID-19 for five days.

Keywords: COVID-19; case report; Roy Adaptation Model

GİRİŞ

İlk vakalarını Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılı Aralık ayında veren ve sebebi bilinmeyen pnömoni olarak betimlenen "Yeni Tip Corona Virüs Hastalığı" SARS-CoV-2'nin sebep olduğu ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 11 Mart 2020'de "pandemi" ilan edilen bulaşıcı bir hastalıktır.¹ COVID-19'a maruz kalan bireylerin hemen hemen yarısında hafif veya gözden kaçabilecek belirtiler görülürken, diğer yarısında başlıca belirtiler ateş, yorgunluk ve kuru öksürük, miyalji ve dispnedir.^{2,3} Hastaların hemen hemen yarısında hipertansiyon, diyabet ve kardiovasküler hastalık gibi ek kronik rahatsızlıklar da bulunmaktadır.³ Laboratuvarında en çok gözlenen semptom lökopeni ve lemfopenidir. Laktatdehidrogenaz (LDH) ve kreatininkinaz (CK) yüksekliği de görülebilir. Hastaların yarısında alanine amino transferase (ALT) ya da aspartate amino transferase (AST) yüksekliği gibi anormal karaciğer fonksiyon testi bulguları bulunabilir.⁴ COVID-19 esas olarak damlacık yolu ve hasta kişilerin öksürme veya hapşırma yolu ile yüzeylere saçtığı damlacıklara temas sonrası etkenin mukozalara temas etmesi ile bulaşmaktadır. Çoğunlukla bulaş hasta kişiler aracılığıyla gerçekleşmekte iken asemptomatik olgular hastalığın yayılımında kritik rol oynamaktadır.⁵

COVID 19 enfeksiyonu şüphesi olan veya onaylanmış hastalarda hastaların

girişinden taburcu olmalarına dek özel bir prosedürün uygulanması aşikârdır. Hastalar, kendilerini tedavi eden kişilerin suratlarını bile göremediği bir tedavi süreci görmektedir. Hemşirelerin, bu zorlu dönemde hastayı bütüncül olarak yorumlaması bir hayli önem taşımaktadır. Mesleki açıdan ilerleme sadece hemşirelik bakımı ile modellerinin entegrasyonu ile gerçekleşebilir.

Modelleri uygulayarak bakımın temel kavramları ve kavramlar arasındaki uyum saptanarak çalışmadaki problemler tanımlanabilir ve buna yönelik çözüm planları oluşturulabilir. Böylece hemşireler tansiyon ölçme, ilaç verme, serum takma gibi uygulamaların yanında asıl görevi olan bakıma daha fazla zaman ayırabilirler.⁶ Modeller; amaç doğrultusunda ilerleyen, düzenli ve sistemli hasta bakımının yanı sıra aynı zamanda mesleki ortak dil oluşturmaktadır.⁷ Türkiye'de son yıllarda hasta bakımı yönetiminde ve araştırmalarda hemşirelik modellerinin kullanımı ilgi görmektedir. Hemşirelerin bir modeli temel alarak hastanın ihtiyaçlarını karşılaması, bütüncül bakımı beraberinde getirmektedir. Bu modellerden biri de Roy Adaptasyon Modeli (RAM)'dir. Bu olgu sunumunda COVID-19 şüphesiyle hastanede yatan bir hastanın bakım yönetimi Roy Adaptasyon Modeline göre incelendi.

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 30.04.2021

ORCID: 0000-0001-6506-2809^a, 0000-0002-9500-6872^b

¹Isparta Şehir Hastanesi, Isparta

²Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD, Antalya

Yazışma Adresi/Correspondence: Tuğba Hatice ÇAYLAR

E-posta: tugbacaylar97@gmail.com

Roy Adaptasyon Modeli

Roy Adaptasyon Modeli (RAM), hemşireliğin kavramsal çerçevesinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan bir modeldir. RAM hemşireliğin bütün alanlarında kullanılabilir. 1970'de detaylı olarak yayınlanmasından sonra hemşirelik programlarına konulmuş ve model 1984, 1986 ve 2009 yıllarında yeniden revize edilmiştir.⁸ Roy, kişinin kendisi ve çevresinin iç içe geçmiş, sürekli birbirinden etkilenen bir sistem olarak görmektedir. RAM'ne göre, hemşirelerin öncelikle hedefi kişinin içinde bulunduğu durumun uyumunu ve iyilik haline en üst seviyeye çıkarmak olmalıdır. RAM'in temelini "Sistem" ve "Adaptasyon" oluşturmaktadır. Çevre, olumlu ve olumsuz çeşitli uyaranları barındırmaktadır. Kişinin temel görevi ise çevreden gelen tüm bu uyarıcılara rağmen kendi bütünlüğünü koruyabilmektir. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve birbirine bağlanma biçimleriyle ilgili davranışsal yanıtları meydana getiren düzenleyici ve bilişsel başa çıkma mekanizmalarını aktive eder. Bireyin tepkisi, uyaran ve adaptasyon düzeyi sonucu ortaya çıkar. Tüm bunların neticesinde kişi ya bütünlüğünü sürdüren olumlu hareketler veya uyaranlara karşı olumsuz hareketler sergiler.^{8,9} Kişinin kendisinin ve dış çevresinin gönderdiği uyarıcılara karşı gösterdiği hareketlere adaptasyon biçimi denir. Roy'a göre birey için dört adaptasyon biçimi vardır:

- Fizyolojik Biçim
- Benlik Kavramı Biçimi
- Rol Fonksiyonu Biçimi
- Karşılıklı Bağımlılık Biçimi

Fizyolojik Biçim: Fizyolojik biçimin amacı işlevsel bütünlük sağlanmasıdır. Uyarıcıları fiziksel bir varlığa cevap olarak nitelendirmiştir. Roy'a göre tüm sistemler beş temel ihtiyaçlar üzerine kurulmuştur. Bunlar; oksijenlenme, beslenme, boşaltım, fiziksel aktivite ve dinlenme, korunmadır. Bu ihtiyaçlar vücudun temel fonksiyonları sayesinde düzenlenir.^{8,9}

Benlik Kavramı: Benlik kavramı kişiyi kendisi yapan şeyleri zamanla benimseyip gösterdiği davranışlardır. Bu uyum biçiminde temel amaç bireyin ruhsal bütünlüğünün korunmasıdır. Kişinin kendisini nasıl gördüğünün önemli olduğu kadar başka insanlar için nasıl görüldüğü de kişi için önemlidir.^{8,9}

Rol Fonksiyonu: Kişinin toplumun kendisine verdiği rolleri yerine getirme ve bulunduğu

toplumla birleşip diğer kişilerle ilişkisine uygun olan rolünü yerine getirme ile ilgili sorumlu olduğu davranış biçimlerini içerir. Başka insanlar ile ilişki kurmak için rollerin gerekliliklerini gerçekleştirmek gerekir.^{8,9}

Karşılıklı Bağlanma: İlişkilerdeki sürekliliği koruyabilmek için karşılıklı iletişime dayanan davranışlarla ilgili adaptasyon biçimidir. Bu adaptasyon biçiminde kişi karşılıklı sevgi, saygı, güven ihtiyaçlarının karşılanmasını bekler. Bireyle sevdikleri arasında bu ihtiyaçların yanı sıra bunları sağlayan bilgi, beceri, ilgi, bağlılık, süre ve imkânların alışverişi de bulunur.^{9,10}

Roy Adaptasyon modelinde hemşirelik süreci altı aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

- Davranışı tanılama
- Uyarı tanılama
- Hemşirelik tanısı oluşturma
- Hedef belirleme
- Hemşirelik girişimi
- Değerlendirme (8-10).

Roy'a göre hemşire, her adaptasyon biçiminde sorunları belirlemeye ve daha sonra gerektiğinde adaptasyonu kolaylaştıracak uygulamalar tasarlamaya çalışmalıdır. Burada odaklanılması gereken, bireyin bütünlüğü tehdit eden "iç ya da dış" koşullara adaptasyonu açısından kişiyi değerlendirmek olmalıdır. Uyumlu davranışlar, bireyin tüm sistemini geliştirir. Bir adaptasyon biçimi diğerini algı yoluyla etkilediği için, uyumlu davranışın dört adaptasyon biçiminde de oluşabileceği unutulmamalıdır. Roy için hemşirelik eylemleri, belirlenebilir tanımlanabilir problemlere veya adaptasyonun gerekli görülen alanlara yöneliktir.^{8,9}

Davranışı Tanılama: Roy davranışı uyarana karşı bir eylem veya tepki olarak tanımlamaktadır. Davranışlar soyut veya somut olabilmektedir. Somut davranışlara örnek olarak tansiyon, nabız sayısı, solunum sayısı verilebilirken; soyut davranışlara kişinin yaşadığı duygu ve düşünceler örnek verilebilir. Dört uyum biçiminde ortaya çıkan davranışların araştırılması, hemşireye mevcut adaptasyon düzeyini anlamasını ve gerekli girişimleri planlamasını sağlar. Hemşire-hasta ilişkisinin başında davranışın detaylı bir değerlendirme yapılmalı ve bu değerlendirme her aşamada tekrarlanmalıdır.^{9,10}

Uyarı Tanılama: Roy uyarı, bütünlüğü bozan ve adaptasyon problemlerine neden olan faktörler olarak tanımlamaktadır. Sürecin bu aşamasının amacı, bireyin hareketlerinin

sebeplerini belirleyerek uyarıları gruplaştırmaktır. Bu aşamada hemşire somut davranışları analiz eder ve belirli hareketlerin olası nedenleri için daha detaylı araştırma yapar.^{8,9}

Hemşirelik Tanısı Oluşturma: Hemşirenin eğitimi ve deneyimleri, kişinin davranışına neden olan uyarılarla ilgili verileri değerlendirmesine ve kişinin adaptasyon sorununu tespit etmesini sağlar. Bu karar, tanıya ulaştırılan davranış açıkça gösteren tanı ifadelerinden oluşur ve uyuma veya uyumsuzluğa neden olabilir. RAM'a göre, hemşirelik tanısı "insan adaptif sisteminin adaptasyon durumunu ifade eden bir karar verme süreci" dir.⁸

Hedef Belirleme: Hedef belirleme, adapte edilebilen tutumların geliştirilmesine odaklanmaktadır. Hemşire ve hasta birlikte, hemşirelik bakımında istenen davranışsal sonuçlarla ilgili açık ifadeleri kabul eder. Sonuç bildirimini, tek bir uyumlu davranış yansıtmalı, gerçekçi ve ölçülebilir olmalıdır. Hedef bildirisinde değiştirilecek davranış, beklenen değişiklik ve davranış değişikliğinin oluşması gereken zaman çerçevesi bulunmalıdır.^{8,9}

Hemşirelik Girişimi: Roy'a göre hemşirelik müdahaleleri, hedefe ulaşmak için kullanılan basamaklardır. Profesyonel bir hemşire tarafından uygulanan hemşirelik müdahaleleri hastanın tutumlarını olumlu yönde etkileyeceğine inandığı girişimlerdir. Hemşirelik müdahalelerinin bilgi tabanı sağlamdır ve genellikle merkezi uyarıcıya aittir. Girişimler, "uyarıcıları değiştirerek veya uygun hale getirerek adaptasyonu hızlandırmak" için planlanan hemşirelik yaklaşımlarıdır.^{9,11,12}

Değerlendirme: Değerlendirmede ön görülen hedefin gerçekleşip gerçekleşmediğine bakılır. Kişinin gösterdiği davranış değişiklikleri hemşirelik girişimleri sayesinde hedef doğrultusunda uyuma yönelimini belirler. Değerlendirme aşamasında hemşire, uygulanan hemşirelik girişimlerinin kişinin davranışında ne kadar etkili olduğunu belirler ve istenen hedef ile varılan hedef arasındaki farklılıkların nedenini analiz eder.¹³⁻¹⁵

OLGU SUNUMU

Tanımlama

1. Tanımlayıcı nitelikleri: 73 yaşında, evli ve 3 çocuğu olan Y.A. memur emeklisidir. Sosyal güvencesi olan Y.A. eşiyle birlikte bahçeli müstakil bir evde yaşamaktadır. Nefes darlığı şikâyeti ile acile gelen Y.A. COVID-19

şüphesiyle hastaneye yatırılmıştır. Yanında telefon olmaması nedeniyle ailesine haber verememesi ve beklemediği bir anda hastaneye yatması hastanın korkmasına sebep olmuştur. Yatışının 5. günündedir.

2. Öykü: Solunum sıkıntısı çekmesi nedeniyle acile müracaat etmiştir.

3. Özgeçmişi ve Soy Geçmişi: 3 yıl önce Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) tanısı konulan Y.A. bazen göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleriyle acile başvurduğunu belirtmektedir. Evde Ronkotol ve Cortair kullandığını ifade etmiştir. 13 yıldır Hipertansiyon (HT) tanısı olan Y.A. Norvasc (10 mg) ve Aldactazide (25 mg) kullanmaktadır. Aynı zamanda kronik iskemik kalp hastalığına sahip olan Y.A. Coralan (5 mg), Latixa (375 mg) ve Saneloc (50 mg) kullanmaktadır. Diyabetes Mellitus (DM) tanısı ile 15 yıldır takip edilen Y.A.'nın kullandığı insilün dozunu hatırlamadığı için hastanede NovoRapid (3x14) ve Levemir (1x26) başlanmıştır. COVID-19 şüphesiyle yattığı için Plaquenil kullanmaya başlamıştır. Normalde ilaç kullanımına eşi yardım ettiği için bazı ilaçlarını kullanmayı bilmediğini bu yüzden endişelendiğini belirtmiştir. Hastanede sıklıkla tuvalet kapısı ve dış kapıyı karıştırdığını ifade etmiştir. Annesinin de HT ve DM hastası olduğunu ve oğluna da altı ay önce DM tanısı konduğunu söylemiştir.

4. Fizik Muayene: Y.A.'nın ilk muayenede genel durumu iyidir. Yaşamsal bulguları Tansiyon (TA):120/70 mm Hg, Nabız:66/dk, Vücut sıcaklığı: 36 C, SpO₂:%82 olarak ölçülmüştür (nazal kanül ile 5 lt/dk'dan oksijen tedavisine başlanmıştır). Nefes darlığı şikâyeti mevcuttur. Kontrol (bir saat sonra) SpO₂:%93 olarak ölçülmüştür. Açlık kan şekeri değerleri 260 mg/dl ve 226 mg/dl'dir.

5. Laboratuvar Bulguları: WBC 10.59 mcL, LYMPH % 19.9, Laktik Dehidrogenaz (LDH):212, Aspartat transaminaz (AST):13 U/L, Alanin amino transferaz (ALT):12.5 U/L, Kreatin kinaz (CK) 34.1 U/L, CRP: 0.92 mg/dL, PCR: Negatif'tir.

Hastanın Demografik Verileri ve Klinik Özellikleri

Şikâyet: Nefes darlığı

Aile Öyküsü: Annesinin de HT ve DM hastası olduğunu ve oğluna da 6 ay önce DM tanısı koyulduğunu söylemiştir.

Demografik Veri: Erkek, 73 yaşında, evli, emekli, üç çocuk babası.

Tıbbi Tanı: COVID-19 (şüph)

Anamnez: Fizik muayene, laboratuvar incelemeleri.

Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Adaptasyon Biçimlerine Göre Hemşirelik Bakımı

A. Fizyolojik Adaptasyon Biçimi

1. Davranışın Tanılanması

Hastanın İfadesi: KOAH tanısı koyulduğundan beri ara ara sıkışmalarının olduğunu belirten hasta COVID-19'un nefes darlığına sebep olduğunu öğrendiğinden beri nefes almada daha çok problem yaşadığını söylemektedir. Çok fazla kronik rahatsızlığa sahip olduğu için korkmakta ve bu yüzden hastalıklarıyla daha çok sıkıntı yaşamaktadır.

2. Uyarı Tanılama

Odak Uyarılar: Nefes darlığı (SpO₂: %82)

Bağlamsal Uyarı: COVID-19'a yakalanma korkusu

Olası Uyarı: Kronik hastalıklara sahip olması ve yaşının ileri olması nedeniyle COVID-19'a karşı kendini savunmasız hissetmesi

Olası Hemşirelik Tanısı: Solunum fonksiyonunda etkisizlik riski

Hemşirelik Tanısı: Ölüm anksiyetesi

Hedef: Hasta kaygısının azaldığını ifade edecek ve bu durum da huzursuzluğu azalacak, yaşam bulguları normal sınırlarda seyredecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın durumu hakkında ne bildiği ile ilgili veri toplandı.
- Hastanın ölümle baş etmekle ilgili güçlü ve zayıf yanları ile ilgili algısı belirlendi.
- Birey endişelerini ve ikilemlerini paylaşmaya cesaretlendirildi.
- Kültürüne uygun manevi ve dini uygulamalarını yapabilmesini kolaylaştırıldı.
- Eski günleri hatırlamaya teşvik edildi.
- Hastanın yardım ihtiyacını tanımlaması istendi.
- Hastanın aklındaki soruları sorması istendi ve sorular olabildiğince hastanın anlayabileceği düzeyde cevaplandırıldı.

Değerlendirme: Hastadaki huzursuzluk azaldı. Oksijen tedavisi sayesinde SpO₂: %93 olarak ölçüldü ve hasta şimdi rahat nefes alabildiğini söyledi. Sorularına cevap bulduğu için rahatladığını belirtti.

B. Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi

1. Davranışın Tanılanması

Hastanın İfadesi: Normal hayatta ilaçlarını hep eşi yardımıyla içtiğini, burada kendinin unutulduğunu veya hemşirelerin yanlış ilaçları verdiğini düşündüğünü söyledi.

2. Uyarı Tanılama

Odak Uyarı: Kronik hastalık

Olası Uyarı: İlaçlarını yanlış içtiği düşüncesi

Bağlamsal Uyarı: Beden bilincinin etkilenme tehlikesi, hasta olup yatağa düşme korkusu

Olası Hemşirelik Tanısı

• Öz Saygı Değer Düşüklüğü Riski

Hemşirelik Tanısı: Bireysel Baş Etmede Yetersizlik

Hedef: Gerginlik ve endişe duygusu azaltılarak rahatlatmanın sağlanması

Hemşirelik Girişimleri

- Hasta dikkatlice dinlenerek, hareketleri ve davranışlarını izlendi.
- Duygu ve endişeleri benimsenerek yardımcı olundu.
- Yaşadığı hislerin zor olduğu kabul edildi.
- Birey kötü düşündüğünde, daha iyimser ve gerçekçi bir bakış açısı yakalamaya çalışıldı.
- Bazı sorular sorarak kendisinin farkına varması sağlandı.
- Problemi olumlu bir sonuca ulaştırmak için bireye destek olundu.

Değerlendirme: Y.A. ilaçları ile ilgili negatif düşüncelerinin azaldığını ve üzerindeki ağırlığın kalktığını söyledi.

C. Rol Fonksiyon Adaptasyon Biçimi

1. Davranışın Tanılanması

Birincil Rol: 73 yaş erkek

İkincil Rol: Eş olmak, baba olmak, dede olmak

Üçüncül Rolü: Bahçe işlerini yapmak

Hastanın İfadesi: Sokağa çıkma yasağı geldiğinden beri eşiyle birlikte evde olduğunu zaman geçirmek için bahçe işleriyle uğraştığını söyledi. Eşiyle birlikte bahçede zaman geçirdiklerini birbirlerine yardımcı olduklarını fakat şimdi eşini yalnız bırakmak zorunda kaldığını ifade etti.

Bağlamsal Uyarı: Hastanede kalmasından dolayı bahçe işleriyle uğraşamadığını ve eşini yalnız bıraktığını düşündüğünü söylemesi

Olası Uyarı: Eşinin evde tek başına kalması

Odak Uyarı: Hastanede kalma, sorumluluklarını yerine getirememe

Olası Hemşirelik Tanısı: Aile İçi İlişkilerde Bozulma

Hemşirelik Tanısı: Rollerini Yerine Getirmekte Yetersizlik

Hedef: Y.A.'yı hastanede kalış süresinin geçici olduğuna ve yaşam standartlarına en kısa sürede döneceğine ikna etmek

Hemşirelik Girişimleri

- Bireyin gerginliğinin sebeplerini belirlemesi istendi.
- Y.A.'ya kendisini de öncelik sırasına alması gerektiği söylendi.
- Maddi ve manevi yardımcı unsurlar değerlendirildi.
- Mevcut durumuyla ilgili olarak ailesiyle konuşmaya cesaretlendirildi.
- Y.A.'ya bu durumun geçici olduğu ve en kısa zamanda eşinin yanına dönebileceği söylendi.

Değerlendirme: Y.A. eşi ile konuşturuldu ve endişelerinin biraz azaldığını söyledi.

D. Karşılıklı Bağımlılık Adaptasyon Biçimi

1. Davranışın Tanılanması:

Hastanın İfadesi: Evden çıkma yasağı olduğu için kimseyle görüşemediğini, daha önceleri komşularıyla ve arkadaşlarıyla sıklıkla görüştüğünü şimdi kimseyle görüşmediğini ifade etti.

Odak Uyarı: Fizik aktivitede yetersizlik, iletişimde azalma

TARTIŞMA VE SONUÇ

Roy Adaptasyon Modeli'nin kliniklere entegre edilmesi genellikle kapsamlı ve zorlu bir uğraş gerektirse de çok önemli faydaları bulunmaktadır. Bütüncül bakımı temel alan Roy Adaptasyon Modeli'ne göre yapılan olgu sunumunda uyum alanlarına göre altı basamakta hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Uygulanan girişim sonucunda bireyin oksijen tedavisi sonucu rahatladığını iletmesi, doğru ilaç kullanımı konusunda endişelerinin azaldığını bildirmesi, içinde bulunduğu durum konusundaki belirsizliklerin ortadan kalkması ve durumun geçici olduğunu kabullenmesi olumlu yanıt olarak değerlendirilmiştir. Fakat yanında telefon olmaması ve eşi ile sürekli iletişim halinde olamaması sonucundaki endişeleri, kişinin sorunlarıyla mücadele etmede etkili olamadığı belirlenmiştir. Her alanın diğerleriyle iç içe olduğu düşünüldüğünde kişinin sorunlarıyla mücadele etmede etkinliğini arttırmak için kişiye uygun hemşirelik tanılarının koyulması ve

Bağlamsal Uyarı: Aile bireyleri ve komşularla iletişim kuramama

Olası Uyarı: Devamlı yakınma

Olası Hemşirelik Tanısı

- Sosyal Etkileşimde Bozulma Riski
- Bireysel Baş Etme Riski Yetersizliği
- İletişimde Bozulma

Hemşirelik Tanısı: Sosyal İzolasyon Riski

Hedef: Y.A.'nın bu durumun geçici olduğunu kabul etmesi

Hemşirelik Girişimleri

- Destekleyici ilişki sağlandı.
- Problem yaşamada stresin önemli bir etken olduğu vurgulandı.
- Sağlıklı savunmalar desteklendi.
- Olumlu, işe yarayan davranışlar pekiştirildi.
- Yeni sosyal davranışlar denemesi için kişi değerlendirildi.
- Anksiyetenin belirtileri ve stresi giderme yöntemleri anlatıldı.
- Kişiyi sert-yıkıcı şekilde eleştirilerden kesinlikle uzak duruldu.

Değerlendirme: Y.A. bu durum geçici olduğunu kabullendi ve aklındaki sorulara cevap aldığı için teşekkür etti.

- Gün içinde günlük yaşam tarzı aktivitelerinin (ev işleri, bahçecilik, işte yürüyüş molaları) artırılması ve esneklik egzersizleri ile günlük egzersizin tamamlanması önerilmektedir.^{7,8}

uygulanması önerilmektedir. COVID-19 tanısıyla veya şüphesiyle hastanede yatan bireylerde en çok rastlanan sorunun çevre uyumu olduğu düşünüldüğünde Roy Adaptasyon Modeli'nin bu bireylerde kullanımının yerinde olduğu ve bu çalışmanın rehber niteliği taşıyabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. He, F., Deng, Y., & Li, W. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID19): What we know? *J Med Virol*, 92, 719-725.
2. Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., et al. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*, 395, 565-574.
3. Wu, Z., & McGoogan, J.M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the

- Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242.
4. Rollas, K., & Şenoğlu, N. (2020). Covid-19 Hastalarının Yoğun Bakım Ünitesinde Yönetimi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30(Ek sayı), 142-155.
 5. Wu, D., Wu, T., Liu, Q., & Yang, Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis*, 94, 44-48.
 6. Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nurs Sci Q*, 24, 345-351.
 7. Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (2005). *Nursing models for practice*, 3rd edit, Elsevier Health Sciences. China.
 8. Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon modeli, in: Karadağ, A., Çalışkan, N., & Baykara, Z.G. (Ed.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri*, 1st edit, Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul.
 9. Phillips, K.D., & Harris, R. (2014). Roy's adaptation model in nursing practice, in: Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (Ed.), *Nursing theory: utilization and application*, 5st edit, Elsevier Mosby. United States.
 10. Hanna, D.R., & Roy, C. (2001). Roy Adaptation Model and Perspectives on The Family. *Nurs Sci Q*, 14(1), 9-13.
 11. Velioglu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Esen Ofset. 1.baskı. İstanbul.
 12. Sayar, S., & Vural, F. (2017). Rektum Kanseri Nedeni ile Kolostomi Açılan Olgunun Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9(1), 91-98.
 13. Ursavaş, F.E., Karayurt, Ö., & İşeri, Ö. (2014). Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer. *J Breast Health*, 10(3), 134-140.
 14. Özkaraman, A., Özer, S., & Alpaslan, G.B. (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 138-152.
 15. Jennings, K.M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa. *ANS*, 40(4), 370-383.

Kök Hücre Nakli Uygulanan COVID-19 Tanılı Yoğun Bakım Hastasının Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of A COVID-19 Intensive Care Patient With Stem Cell Transplantation: Case Report

Didem CENGİZ^{1a}, Hamdiye Banu KATRAN^{2b}, Ali AKGÜN^{3c}

ÖZET Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde küresel salgın olarak ilan edilen koronavirüs hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkmış ve buradan tüm dünyaya yayılmıştır. COVID-19, hastalarda ciddi solunum yetmezliği tablosu oluşturmakta bu nedenle birçok hasta yoğun bakım ünitelerinde solunum desteğine ihtiyaç duymaktadır. Ülkemizde de salgının başlangıcından bu yana yoğun bakım üniteleri çok sayıda hastaya hizmet vermiştir. Yoğun bakım ünitelerinde hasta bakım ve tedavisinde görev alan yoğun bakım hemşirelerine kritik durumdaki COVID-19 hastalarının bakımı ve tedavisinde ciddi sorumluluklar düşmektedir. Bu olgu analizinde 46 yaşında, COVID-19 tanısı almış ve yoğun bakımda kök hücre nakli uygulanan hasta ve hemşirelik girişimleri sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: COVID-19 virüsü; hemşirelik bakımı; kök hücre nakli; yoğun bakım üniteleri

ABSTRACT The coronavirus disease (COVID-19), declared as a global pandemic by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020, first appeared in Wuhan of China and spread from there to the whole world. COVID-19 causes severe respiratory failure in patients, so many patients need respiratory support in intensive care units. Intensive care units have served many patients in our country since the beginning of the epidemic. Intensive care nurses, who work in the care and treatment of patients in intensive care units, have serious responsibilities in the care and treatment of critically ill COVID-19 patients. In this case analysis, a 46-year-old patient with a diagnosis of COVID-19 and a stem cell transplant in intensive care unit and nursing interventions are presented.

Keywords: COVID-19 virus; intensive care units; nursing care; stem cell transplantation

GİRİŞ

Yeni Koronavirüs (COVID-19) 21. yüzyılın ilk yarısında, akıllardan çıkmayacak kadar hayatımıza yerleşen bir terimdir. Bu viral enfeksiyon küresel bir pandemiye sebebiyet vermiştir.¹ Bu süreçte yaşanan pandemi birçok araştırmacıya farklı alanlarda çalışmalar yapmak için ilgi uyandırmıştır. Enfeksiyon kaynağının damlacık yolu olması sebebiyle kişiler arasında hızlı bir yayılıma gerçekleşmiştir. Hastalığın yaygın olarak görülen belirtileri öksürük, ateş ve dispnedir.² Hastalığın en tehlikeli seyreden aşaması kaynak enfeksiyonun solunum merkezine doğrudan etki ederek solunum mekanizmasını tahrip etmesidir. Solunum merkezinin tahribatını onarmak amaçlı birtakım tedaviler uygulanmıştır. Kök hücre tedavisi bunlardan biridir. Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS) tablosunda alveollerin, kan ve lenf damarlarının iç yüzünü oluşturan dokuların onarımı, yenilenmesi ve yetersiz yanıt veren bağışıklık sisteminin güçlenmesinde bu tedavi yönteminin uygun bir yöntem olabileceği bildirilmektedir.³ Kök hücreler vücudun yağ dokusu, kemik iliği, plasenta dokusu, göbük bölgesinde bulunabilirler.⁴ Diğer tedavilere nazaran kök hücre tedavisinin erişimi kolaydır

ve bu hücreler izole edilip kültür ortamına aktarıldıklarında uzun süre yaşayabilmekte, üstelik çoğalırken başkalaşma yeteneklerini de koruyabilmektedirler.⁵ Kök hücrelerin, immün sistemin verdiği cevabı güçlendirdiği ve hastalık oluşturan hücrelerin yok edilmesinde etkili olduğu görülmüştür.⁶ Hücre dışı antijenlerin, kök hücrelere karşı antikor üretme yeteneği düşüktür, bu durum kök hücrelerin nakil için kullanımlarını kolaylaştırır.^{7,8} COVID-19 hastalarında, var olan viral enfeksiyon nedeniyle, bağışıklık sistemi her zamankinden daha çok çalışır ve buna bağlı olarak sitokin üretiminde artış meydana gelir, bu durum sitokin fırtınasına neden olur.⁹ COVID-19 hastalarında sitokin fırtınası, kök hücre tedavisinin uygunluğunu akıllara getiren ilk durumdur. Kök hücrelerin dolaylı olarak sitokin salgı sistemini düzenledikleri öngörülmüştür¹⁰ ve bunun yanı sıra bakteri gelişimini engellediği de öne sürülmüştür.¹¹ Bu hücreler damar yolundan gönderildiklerinde dakikalar içinde akciğerlerin kılcal yataklarına yerleşirler.^{12,13} Solunum merkezi tahribatı olan hastalarda kök hücrelerin bu şekilde akciğer kılcal yataklarına yerleşmesi ile yeni ve potansiyel bir tedavi yöntemi olarak öngörülmüştür.^{12,13} Solunum merkezi tahribatı olan hastalarda kök hücrelerin bu şekilde

Geliş Tarihi/Received: 12.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2021

ORCID: 0000-0003-0038-6997^a, 0000-0001-5095-6316^b, 0000-0002-4577-7732^c

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Prof. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Prof. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Muğla

Yazışma Adresi/Correspondence: Hamdiye Banu KATRAN

E-posta: banu-katran@hotmail.com

akciğer kılcal yataklarına yerleşmesi ve yukarıda belirttiğimiz etkileri nedeni ile yeni bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır.^{10,12,13}

Kök hücre nakli olacak hastalarda, hasta ve ailesi tedavi sürecinin basamakları hakkında bilgilendirilip yazılı onamları alınır. Ürün teslim etme formu ile ürünün üzerindeki etiket bilgileri karşılaştırılır. Kontrol edilen ürün bilgileri hemşire gözlem formuna ve kök hücre izlem formuna kaydedilir. Transfer edilecek olan kök hücre içeriği serum fizyolojik içinde seyreltilerek aseptik koşullarda özel bir kan setiyle setlenerek infüzyon halinde hazırlanır ve infüzyonun yapılacağı yeni bir damar yolu açılıp lümenine bağlanır. Hasta odasında acil durum için gerekli tüm malzeme ve ilaçlar hazır halde bulundurulmalıdır, yaşamsal bulguların yakın takibi için hasta monitörü ile takip edilmelidir. Kök hücre infüzyonuna 100 ml/saat hızında yavaş başlanır. Dondurulmamış kök hücrelerin infüzyon işlemi 30-60 dakikada tamamlanır. Kan grubu uyumsuzluğu bulunan nakillerde akut hemolitik reaksiyon riski nedeni ile 120-180 dakikada infüzyon sağlanır. İnfüzyonlar maksimum dört saatte tamamlanmalıdır. Yaşam bulguları (vücut ısısı, nabız, kan basıncı, solunum hızı ve oksijen saturasyonu) ürün takılmadan önce kontrol ve kaydedilir. Herhangi bir komplikasyon izlenmediği sürece her 15 dakikada bir kontrol edilerek infüzyon bitene kadar devam edilir. Herhangi bir olumsuz durum gelişmişse daha sık aralıklarla takip yapılarak infüzyon sonrası en az bir saat boyunca yakın izleme devam edilir. Yaşam bulgu sonuçları hemşire gözlem ve kök hücre izlem formuna kaydedilir. Sette kalan ürününde infüze edilmesi için ürün bitiminde set, serum fizyolojik ile yıkanarak sette kalan ürününde infüzyonu sağlanır. İnfüzyon bitiminden sonra alerjik reaksiyon olup olmadığı kök hücre infüzyon formuna kaydedilir.

Bu olguda COVID-19 tanılı hastanın kök hücre nakli ile tedavi sürecinin nasıl ilerlediğinin görülmesinin yanı sıra yoğun ve dikkatli hemşirelik bakımı gerektirmesi nedeniyle olgunun Gordon'un (1982) Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi¹⁴ ve NANDA-I¹⁵ (North American Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği) hemşirelik tanıları ile hemşirelik bakım planı kapsamında sunumu amaçlanmıştır. Olgunun

sunumu için aileden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Geçmiş Sağlık Hikâyesi

Hasta 46 yaşında erkek H.Ş. COVID-19 pozitif tanısı ile Koroner Arter Hastalığı (KAH), Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT) ve Panik Atak tanıları mevcut olup bilinen besin ve ilaç alerjisi yoktur. 2017 yılında koroner anjiyografi ile dört adet stent yerleştirildiği bilinmektedir. Herhangi bir zararlı madde kullanımı (sigara, alkol vb.) yoktur. Annesinde KAH ve HT, babasında DM hastalıkları mevcuttur. Beş yıldır bilinen HT tanısıyla, nebivolol 5 mg tablet 1x1, dört yıldır bilinen KAH tanısı ardından anjiyografi işleminden sonra asetilsalisilik 100 mg tablet 1x1 kullanmakta ve altı yıldır bilinen DM tanısıyla, pioglitazon hidroklorür 15 mg tablet 1x1 kullanmaktadır.

Şimdiki Sağlık Hikâyesi

Hasta 30.01.2021 tarihinde gece saatlerinde özel bir hastanenin acil servisine öksürük, baş ağrısı ve halsizlik belirtileriyle başvurmuştur. Acil servise başvuran hastanın ilk yaşam bulguları ateş: 37,2°C, Kalp tepe atımı (KTA): 72/dk, kan basıncı: 150/80 mm/Hg, solunum sayısı: 31/dk, SpO₂: %98 olarak belirtilmiştir. Acil servis hekimi tarafından radyolojik ve laboratuvar bulguları istenmiştir. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) inceleme kontrast madde verilmeksizin kesitler ile yapılmıştır. İnceleme sonucunda parankimde yapılan değerlendirmede COVID-19 ile uyumlu buzlu cam görüntüleri izlenmiş olup olası viral pnömoni açısından klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirme önerilmiştir.

Göğüs hastalıkları konsültasyonuna alınan hastanın BT sonucuna göre 01.02.2021 tarihinde göğüs hastalıkları servisine yatışı yapılmıştır. Hasta serviste tek kişilik odaya alınmış ve COVID-19 tanısıyla medikal tedavi başlanmıştır. Hastanın tedavisi Favipiravir tablet 4x200 mg (oral), steroid ve yüksek doz C vitamini olarak belirtilmiştir. 6 lt/dk nazal oksijen desteğiyle takip edilmiştir.

Hastanın 01-06.02.2021 tarihleri arasında serviste yatışı devam etmiştir. Bu süreçte aynı tedaviyi almaya devam etmiş ancak 05.02.2021 tarihinde hastanın öksürük şikâyetinde artma ve genel durumunda gerileme saptanmıştır. Hastanın tedavisine ek olarak solunum fizyoterapisi başlanmıştır ve hasta

prone pozisyona alınmıştır. 06.02.2021 tarihinde hasta halsizlik şikâyetinin arttığını beyan etmiş ve solunum sıkıntısının da ilerlemesi üzerine aynı özel hastanenin yoğun bakım ünitesine devredilmiştir. Oda havasında SpO₂ değerlerinin %78'e kadar düşmekte olduğu gözlenmiştir.

Yoğun bakım ünitesine alınan hasta bilinci açık, oryante ve koopere takip edilmiş, bilateral solunum seslerinin kaba olduğu ve satürasyonlarının nazal oksijen tedavisinde %80'e düşmesi üzerine High-Flow Oksijen (HFO-Yüksek akışlı oksijen) tedavisi başlanmıştır. (O₂: %90, Akış: 60 L/dk) Favipiravir 200 mg tablet 4x1 tedavisinin on güne tamamlanması planlanmıştır. Hastanın HFO tedavisine rağmen SpO₂: %80 değerlerini geçmemesi ve hastanın dispnesinin artması nedeniyle ajite olması ile planlı olmayan seri bir orotrakeal entübasyon yapılmıştır. Sağ subklavian ven erişimi ile santral venöz katater açılmıştır. İşlemler sırasında herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Ortalama arteriyel kan basıncı <60 mm/Hg olması üzerine noradrenalin infüzyonu (0,02mg/kg/dk) başlanmıştır. Mevcut durumu hakkında hasta yakınlarına bilgi aktarılmıştır, hasta yakınlarının hastayı başka bir hastaneye transfer talepleri olmuştur. Mevcut koşullar dahilinde hastanın transportu İstanbul'da bir pandemi hastanesi olan hastanemize (07.02.2021) gerçekleşmiştir. Transfer sırasında hastanın yaşam bulguları: TA: 97/62 mm/Hg, SpO₂: %42 ve KTA: 88/dk, ventilatör modları: Hasta veya zaman tetiklemeli, basınç limitli, zaman sikluslu, istenilen volümün verilmesini sağlamak için basınç seviyesi ayarlamalı mod olan PRVC (Pressure Regulated Volume Control) modda, FiO₂: %100, Tidal Volüm (TV):500 ml/dl, Frekans: 14/dk, PEEP:10 cmH₂O, İ/E (İnspiryum/Ekspiryum oranı): 1/1.5 şeklindeydi.

Hastanemize 07.02.2021 tarihinde transfer edildiğinde 112 ekipleri tarafından desatüre (SpO₂: %72) gelen hasta yatağına alınır alınmaz monitörize edildi ve yeniden entübasyonuna karar verildi. Entübasyon sonrasında SpO₂: %92 olarak görüldü. Hastaya Ketamin HCl infüzyon, Fentanil Sitrat infüzyon, Midazolam infüzyon ve Roküronyum bromür infüzyon başlanarak sedatize edildi ve prone pozisyona alındı. Nazogastrik sonda (NGS) ile beslenme 20cc mama /10 cc su olarak başlandı. Favipiravir 3x200 mg tablet (oral) tedavisine devam edildi. Ek olarak pantoprazole

40 mg flakon 1x1 (IV), 250 mg metilprednisolon amp. 1x1 (IV), tazobactam sodyum 4x4,5 gr flk. (IV), enoksaparin sodyum 2x6000 anti-Xa IU/0,6 ml kullanıma hazır enjektör (subkutan) ve asetilsalisilik 100 mg tablet 1x1 tablet (oral) olarak başlandı. Ventilatör modu değiştirilip VC/AC (Volüm Assist – Kontrol Ventilasyon) moda geçirildi; FiO₂: 80, TV (tidal volüm): 550 ml/dl, Frekans:16/dk, PEEP: 12cmH₂O olarak ayarlandı. Hastanın noradrenalin infüzyon ihtiyacı kalmadığı için durduruldu. Ardından mekanik ventilatördeki FiO₂'si %40'lara kadar düşüldü.

Hastanemizde yatışının ikinci gününde (08.02.2021) midazolam infüzyonu, favipiravir tablet durduruldu ve asetilsistein amp. 3x1 (IV) olarak başlandı. Hasta prone pozisyonda 24 saat kaldıktan sonra supine pozisyona alındı. Beslenmesi 80cc/s mama ve 20 cc/s su olarak düzenlendi. Hasta yakınlarıyla iletişime geçilip kök hücre için başvuru işlemleri başlatıldı. 09.02.2021 tarihinde hastanın ilk doz kök hücre nakli yapıldı ve fentanil infüzyon, ketamin HCl infüzyon durdurularak, deksmedetominin infüzyon ve propofol infüzyona geçildi. Yine aynı gün hasta toraks BT incelemesi kontrastsız kesitler ile yapıldı. İnceleme sonucuna göre akciğer parankim alanların değerlendirilmesinde; her iki akciğer tüm segmentleri tutan birleşme eğiliminde baskın konsalide ve yer yer buzlu cam dansitesinde parankimal infiltrasyon alanlarına eşlik eden interlobüler septalarda kalınlık artışları bronkovasküler belirginleşmeler mevcut olarak saptandı. Her iki hemitoraksta plevral effüzyon izlendi.

Hasta 10.02.2021 tarihinde VC-AC (Volüm Assist – Kontrol Ventilasyon); kendi eforu olmadan sadece mekanik ventilatörün belirli zaman aralıklarıyla solunum desteği verdiği mekanik ventilatör modundan takip edilirken uyanıklık hali başlayan hastanın modu, spontan solunumu varsa onunla yoksa zaman döngülü olarak hastayı ventile eden mekanik ventilatörün SIMV (Senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon) moduna alındı. 11.02.2021 tarihinde kan gazı sonucuna ve Glaskow Koma Skalasına (GKS Puanı: 13) göre extübe edildi ve HFO ile %40 O₂, %60 akımdan takip edildi. HFO ile takip edilen hastaya oral beslenme denendi, tolere ettiği gözlemlendi ve NGS çekilerek oral beslenmeye geçildi. Fizyoterapist eşliğinde tapotman ve triflow çalıştırılarak yoğun solunum fizyoterapisi

uygulandı. Hastanın genel durumu iyi takip edildi. 12.02.2021 tarihinde ikinci doz kök hücre tedavisini aldı. 13-14.02.2021 tarihlerinde aynı parametrelerle takip edilen ve genel durumunun iyi olması üzerine servise taburculuğu planlandı.

Extübasyon sürecini tolere eden hastanın, nazal oksijenle (4 lt/dk) tedavisini tolere etmesi ve yaşam bulgularının stabil seyretmesi sonrasında 14.02.2021 tarihinde COVID-19 yatan hasta servisine transfer edildi. Serviste altı gün takip edilen hasta genel durumunun iyiye gitmesi, yaşam bulgularının stabil seyretmesi ve PCR (Polimeraz Zincir Reaksiyonu) testinin negatif sonuç vermesinin ardından 19/02/2021 tarihinde evine şifa ile taburcu edildi.

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi

Bu olguda COVID-19 tanılı hastanın kök hücre nakli ile tedavi sürecinin nasıl ilerlediğinin görülmesinin yanı sıra yoğun ve dikkatli hemşirelik bakımı gerektirmesi nedeniyle olgunun “Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi” ile NANDA hemşirelik bakım planı kapsamında sunumu amaçlanmıştır. Olgunun sunumu için aileden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Planlanan ve uygulanan tüm hemşirelik bakım planları Tablo-1’deki gibidir.

1. Sağlığı Algılama – Sağlığın Yönetimi

Yatışının ilk günlerinde H.Ş. entübe olduğu için koruyucu sağlık davranışları konusunda kendisinden bilgi alınamadı. Ancak extübe olduktan sonra 14.01.2021 tarihinde COVID-19 aşısı olduğunu bildirdi. H.Ş. sigara ve alkol kullanmadığını belirtti. COVID-19 enfeksiyona neden olan faktörlerin, aktif bir iş yaşantısı ile geniş bir sosyal çevreye sahip olması ve yetersiz koruyucu ekipman kullanımı olduğunu söyledi. Enfeksiyon risklerini, alması gereken koruyucu önlemleri bilmesine rağmen, iş hayatında sürekli maske takmadığı ve el hijyenine yeterince dikkat etmediğini belirtti. Baş ağrısı ve eklem ağrısı mevcuttu. Nümerik Derecelendirme Ölçeğinde 10 üzerinden 6 şiddetinde ağrısı olduğunu ve ağrısının 2 gündür devam ettiğini ifade etti.

2. Beslenme- Metabolik Durum

Entübe takip edildiği süreçte H.Ş, NGS ile beslenme (80 cc mama / 20 cc su) ile HFO ve nazal kanülle oksijen desteği sürecinde ise normal diyet ile oral beslenmesi sağlanmıştır. Tat ve koku alma duyusu olmayan hastanın

beslenmesinde bir sorun yoktur. Hastanın vücut sıcaklığı klinikte yattığı ilk gün 37,8°C olarak ölçülmüştür sonrasında hipertermisi olmamıştır.

3. Boşaltım

Normal bağırsak alışkanlığının günde bir kere olduğunu ifade etti. Bağırsak sesleri 4/dk olan H.Ş'nin gaz çıkışı ve defekasyon çıkışı normal izlendi. İdrar çıkışı foley sonda (no:14) ile izlendi. Sondası ile ilgili herhangi bir yanma ve ağrı olmadığını ifade etti, idrar çıkışları normal (80cc/s- 100cc/s) takip ediliyor.

4. Aktivite – Egzersiz

Hasta öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamada yarı bağımlıydı. H.Ş'nin üst ekstremitelerinde MRC (Medical Research Council) Skalasına göre 4/5 kuvvetinde direnç, sağ alt ekstremitesinde 5/5 kuvvetinde direnç ve sol alt ekstremitesinde 5/5 kuvvetinde direnç uyguladığı gözlemlendi. HFO cihazında %40 O₂ ile ventile edilmekteydi. Solunum sayısı dakikada 18/dk, oksijen SpO₂ %98 şeklinde idi. Öksürük ve yoğun sekresyonu olan hastanın aktiviteyle gelişen dispnesi vardı ve sekresyonunu çıkartmakta zorlanıyordu. Gün içerisinde kendisini halsiz hissediyordu. Bacaklarında ve sırtında ağrısı olduğunu ifade etti. Yaşam bulguları normaldi. Anemisi yoktu.

5. Uyku-Dinlenme

Hasta H.Ş uykuya dalmada zorluk yaşadığını belirtiyordu. Eklem ağrısı, öksürük ve yüksek ateşin hastanın uyku düzenini olumsuz etkilediği gözlemlendi.

6. Bilişsel – Algısal Durum

Hasta H.Ş'nin sedatize edilmediği ve entübasyon sonrası dönemde bilinci açık ve koopereydi. GKS 15 puan olarak değerlendirildi. Tat ve koku kaybı mevcuttu.

7. Kendini Algılama-Benlik Kavramı

Çocuklarından ve eşinden ayrı kaldığı için üzgün ve kendini suçlu hissettiğini ifade etti. Yoğun bakımdan çıkamama korkusu ve anksiyetesi mevcuttu. Çocuklarını göremediği için endişeli olduğunu, bir an önce iyileşmek ve ailesine kavuşmak istediğini belirtti.

8. Rol – İlişki

Evlü ve iki çocuk babası H.Ş. hastalanmadan önce eşine ve çocuklarına kendisinin baktığını ifade ediyor, bu zamana kadar çocuklarından hiç ayrı kalmayan hastanın onları göremediği için üzgün olduğu ve hastaneye yatışını ve hastalığını çocuklarının bilip bilmediğini merak ettiğini söyledi. Toplum tarafından korkulan bir hastalığa yakalandığı için insanlar tarafından dışlanmaktan korktuğunu ifade etti.

9. Cinsellik – Üreme

Aktif bir cinsel yaşamının olduğunu, herhangi bir sorun yaşamadığını ve iki çocuğunun olduğunu ifade etti.

10. Baş Etme – Stres Toleransı

Ailesini görememenin kendisini çok üzdüğünü belirtti. Hastaneden çıkamama korkusu yaşamaktaydı, karamsar ve ümitsiz olarak değerlendirildi.

11. Değer ve İnançlar

Her gün ailesine kavuşmak ve iyileşmek için dua ettiğini ifade ediyor. Korktuğunu ve bu hastalığın ona bir cezaymış gibi verildiğini düşünüyor.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne¹⁴ göre belirlenen hemşirelik bakım planları ayrıntılı olarak Tablo 1'de yer almaktadır.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda; son dönemde tüm dünyayı derinden etkileyen COVID-19'un tedavisinde hızla ilerlemeleri kaydedilen kök hücre nakli ile ilgili gelişmelerden ve hemşirelik bakımına yansımalarından bahsedebilmek amacıyla, COVID-19 tanısı almış ve yoğun bakımda kök hücre nakli uygulanan hastanın hemşirelik girişimlerine yer verilmiştir.

Birçok hastalığın tedavisinde umut vaat eden mezenkimal kök hücreler hastalıklı doku ortamında, sağlıklı ve fonksiyonel hücrelere dönüşebilme yeteneği ile immünomodülasyon, antiinflamasyon ve antioksidatif etki gibi olumlu özellikler gösterebilmektedir. COVID-19 hastalığında da artmış inflamatuvar yanıtla birlikte sitokin fırtınası olarak adlandırılan sürecin rol aldığı düşünülmektedir. Leng ve arkadaşlarının COVID-19 pnömonisi tedavisinde yedi hastayı 14 gün süre ile değerlendirdikleri araştırmalarında kök hücre uygulanan hastalarında uygulamaya bağlı herhangi bir advers etki bildirilmemiştir. Ayrıca, kök hücre uygulamasının klinik süreçte iyileşmeyle birlikte inflamatuvar hücre sayısı ve sitokin seviyelerinde düzelmeye yol açtığı rapor edilmiştir.²⁰ Çalışmanın sonuçları COVID-19 hastalarının kök hücre nakli ile tedavi edilmesi noktasında her ne kadar umut vaat ediyor olsa da hasta sayısındaki azlık, takip süresinin yetersiz olması ve çalışma tasarımındaki eksiklikler çalışmanın önemli kısıtlılıkları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Leng ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yaş gruplarına bakıldığında 45-75 yaşa arlığında vakalara kök hücre nakli uygulandığı izlenmiştir.²⁰ Zhang ve arkadaşları tarafından, COVID-19 tedavisi için Wharton Jelly mezenkimal kök hücrelerinin (hWJCs) terapötik potansiyeli araştırılmıştır. Araştırmacılar, diyabetli ve COVID-19 testi pozitif olan 54 yaşındaki bir erkek hastayı değerlendirmiş. Pnömonisi olan ve klinik durumu stabil olmayan hastaya antiviral ilaç tedavisi uygulanmış ve yaşam bulguları stabil olduğu zaman kök hücre nakli intravenöz olarak yapılmıştır. Tedaviyi takip eden birkaç gün sonra hastanın, ateş ve nefes darlığı gibi klinik durumu hızlı ve olumlu yönde iyileşme göstermiştir.²¹ Olgu, 46 yaşında ve KAH, DM, HT ve Panik Atak tanılarının da COVID-19 tanısına eşlik etmesine rağmen 30.01.2021'de yatarak tedavi altına alınmış, 09.02.2021 (ilk doz) ve 12.02.2021 (ikinci doz) tarihlerinde toplam iki doz kök hücre nakli uygulanmış ve 14.02.2021 tarihinde iyilik haline erişip taburcu edilmiştir. Hali hazırda kök hücre naklinin COVID-19 tanılı hastalar üzerinde etkinliği kanıtlanmamış olmasına rağmen literatürde bir tedavi yöntemi olarak hastanın klinik durumuna göre karar verilerek yapılabileceği önerilmiştir.²⁰⁻²³

Yoğun bakımda COVID-19 tanısı ile takip edilen çok sayıda hasta olmaktadır, son dönemlerde kök hücre nakli uygulanan hasta izlemi özellikle karmaşık tedavilerin uygulandığı yoğun bakımlarda daha da sıklaşmıştır. Yoğun bakımda hiçbir ilaç ya da tedavi iyi bir hemşirelik bakımı olmaksızın etkisini gösteremez, bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde durumları kritik olan hastaların takip, tedavi ve bakımında çalışan ekibin, hem yoğun bakım teknolojilerini iyi kullanabilen ve hem de kanıta dayalı uygulamaları bakımına yansıtabilen multidisipliner bir ekip olması gerekmektedir. Bu ekip içinde, yedi gün 24 saat hasta başında olan yoğun bakım hemşirelerinin yetkin olması da en önemli kriterlerden biridir.²⁴

SONUÇ

Yeni tip koronavirüsün sebep olduğu COVID-19 pandemisi tüm insanlığı etkisi altına almıştır. Hastalığın seyri bazı hastalarda belirti vermeden izlenirken bazı hastalarda ise ölümcül olmaktadır. Hastalığın kesinleşmiş etkin bir tedavisi bulunmamaktadır. Kök hücre nakli yapılan hastalarda, sağ kalım oranlarının

yüksek olduğu düşünülmektedir. Ancak COVID-19 hastalığının tedavisinde kök hücre uygulamalarının etkinliği ve güvenliği noktasında net sonuçlara varabilmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yoğun bakım sürecinde hasta büyük ölçüde bakım verici hemşireye bağımlıdır. Hastanın tedavi ve bakımında başrolde yer alan hemşirelerin bakımın sürekliliği, enfeksiyonun azaltılması, sağ kalım oranının artmasında büyük katkısı olduğu düşünülmektedir. Profesyonel bir meslek grubu olan hemşireleri, özellikle yoğun bakımlarda bakım verme ve süreci yönetme konusunda sorunları göz önünde bulundurarak COVID-19 tanısı konmuş hastaların, meslektaşlarına örnek teşkil edebilecek hemşirelik girişimlerini planlamalı ve paylaşmalıdırlar. Bu makalede olgu, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak COVID-19 tanısı almış bir hastaya NANDA hemşirelik bakım planları bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et.al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(3):228-229.
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et.al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382:1199-1207.
- Lee PI, Hsueh PR. Emerging threats from zoonotic coronaviruses—from SARS and MERS to 2019-nCoV. *J Microbiol Immunol Infect* 2020;53(3):365-367.
- Qin H, Zhao A. Mesenchymal stemcell therapy for acute respiratory distress syndrome: from basic to clinics. *Protein&Cell* 2020;11(10):707–722.
- Keating A. Mesenchymal stromal cells: new directions. *Cell Stem Cell* 2012;10(6):709-716.
- Golchin A, Farahany TZ, Khojasteh A, Soleimanifar F, & Ardeshirylajimi, A. The clinical trials of Mesenchymal stem cell therapy in skin diseases: An update and concise review. *Current Stem Cell Research & Therapy* 2018;14(1):22-33.
- Zhu H, Xiong Y, Xia Y, Zhang R, Tian D, Wang T, et.al. Therapeutic effects of human umbilical cord derived mesenchymal stem cells in acute lung injury mice. *Sci Rep* 2017;7(1):1-11
- Lee DK, Song SU. Immunomodulatory mechanisms of mesenchymal stem cells and their the rapeutic applications. *Cell Immunol* 2018;326:68-76.
- Jiang W, Xu J. Immune modulation by mesenchymal stem cells. *Cell Proliferation* 2020;53(1):e12712.
- Mehta P, Mcauley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and. *The Lancet* 2020;395(10229):1033-1034.
- Aggarwal S, Pittenger MF. Human mesenchymal stem cells modulate allogeneic immune cell responses. *Blood* 2005;105(4):1815-1822.
- Krasnodembskaya A, Song Y, Fang X, Gupta N, Serikov V, Lee JW, et.al. Antibacterial effect of human mesenchymal stem cells is mediated in part from secretion of the antimicrobial peptide LL-37. *Stem Cells* 2010;28(12):2229-2238.
- Fu X, Liu G, Halim A, Ju Y, Luo Q, & Song G. Mesenchymal stemcell migration and tissue repair. *Cells* 2019; 8(8):784.
- Lee RH, Pulin AA, Seo MJ, Kota DJ, Ylostalo J, Larson BL, et.al. Intravenous MSCs improve myocardial infarction in mice because cells embolized in lung are activated to secrete the anti-inflammatory protein TSG-6. *Cell Stem Cell* 2009;5(1):54-63.
- Carpenito-Moyet JL. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F (Çeviri Editörü), Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005
- North American Nursing Diagnosis Association- NANDA. The 3. Complete list of NANDA Nursing Diagnosis for 2012-2014, with 16 new diagnoses. <http://www.kc-courses.com/fundamentals/week2process/nanda2012.pdf>. January 15, 2015.
- Karasu F, Çopur EÖ. COVID-19 vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: “Cephede Duran Kahramanlar”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(1):11-14.
- Kaya N. NANDA Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımın Sonuçları (NOC) ve Hemşirelik Girişimleri (NIC) Sınıflama Sistemlerinin İlişkilendirilmesi. İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi 2004, 13(52):121-133.

18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC) [Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC)]. Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A, translator. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri / in collaboration with Elsevier; 2017.
19. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-17. 10th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014
20. Leng Z, Zhu R, Hou W, Feng Y, Yang Y, Han Q, et.al. Transplantation of ACE2-Mesenchymal Stem Cells Improves the Outcome of Patients with COVID-19 Pneumonia. *Aging and Disease* 2020;11(2):216-228. doi: 10.14336/AD.2020.0228
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7069465/>>
21. Zhang Y, Ding J, Ren S, Wang W, Yang Y, Li S, et.al. Intravenous infusion of human umbilical cord Wharton's jelly-derived mesenchymal stem cells as a potential treatment for patients with COVID-19 pneumonia, *Stem Cell Research and Therapy* 2020;11(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s13287-020-01725-4>
22. Metcalfe S.M. Mesenchymal stem cells and management of COVID19 pneumonia, *Medicine in drug discovery* 2020;5:100019. doi: 10.1016/j.medidd.2020.100019.
23. Delibaş Ö. COVID-19'lu Hastalar İçin Mezenkimal Kök Hücre Tedavisi. *CBU-SBED* 2021;8(1):162-168. doi:10.34087/cbusbed.776367
24. Ng K, Poon BH, Puar THK, Quah JLS, Loh WJ, Wong YJ, et.al. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. *Annals of Internal Medicine* 2020;172(11):766-767. doi:10.7326/L20-0175

Tablo 1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre Belirlenen Hemşirelik Bakım Planları¹⁴⁻¹⁹

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMİ	DEĞERLENDİRME
Akut Ağrı	Enfeksiyona ve invaziv girişimlere bağlı	Hastanın ağrı değerinin davranışsal ağrı skalasına göre 5 ve altında bir değer olması, ağrısının azaldığını ifade etmesi, ağrı yönetiminin ve konforun sağlanması.	<ul style="list-style-type: none"> H.Ş'nin ağrısının yeri, süresi, sıklığı, şiddeti, yayılımı, ağrıyı başlatan, arttıran ve rahatlatan faktörler değerlendirildi. Hekim istemine göre antienflamatuvarve analjezik ilaçlar 8 doğru ilaç ilkesine göre uygulandı. Analjezik tedaviyi uygularken tedavinin yan etkileri açısından (solunum depresyonu, aşırı sedasyon, bulantı, kusma, konstipasyon) yakından gözlemlendi. Nonfarmakolojik yöntemler konusunda desteklendi (Gevşeme, hayal kurma, müzik terapi, dikkati başka yöne çekme, akupresör, sıcak/soğuk uygulama, masaj). 	Analjezik uygulandıktan sonra ve nonfarmakolojik yöntemlerden gevşeme egzersizleri ve müzik dinleme ile ağrı şiddeti Nümerik Değerlendirme Ölçeğine göre 6'dan 4'e düştü.
Düşme Riski	Yoğun bakım ortamı, uzun süreli yatak istirahati, enfeksiyona bağlı yorgunluk, halsizlik ve ağrı ifade etmesine bağlı	Hastanın yoğun bakım yatışı süreci boyunca düşme deneyimlenmemesi	<ul style="list-style-type: none"> Düşme riskini önlemek için hastanın kullandığı ilaçlar değerlendirildi. Hastanın bilinci değerlendirildi. Hasta; yaşı, düşme hikâyesi, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar gibi kriterlerin sorgulandığı uygun bir skala ile değerlendirildi. (Düşme Riski Skor:19) Yatak kenarlıkları kaldırıldı. Yatak en alt seviyede tutuldu. Yatak freninin kapalı olduğundan emin olundu. Sedasyon alan hastaya düşme riski kol bandı takıldı ve kısıtlama formu dolduruldu kısıtlanan ekstremite kontrolü yapıldı. 	Hasta yoğun bakım yatışı süresince düşme deneyimlenmedi.

Hipertermi	Viral enfeksiyona ve metabolik hızdaki artışa bağlı	Termoregülasyonun sağlanması.	<ul style="list-style-type: none"> Sıvı alımı ve idrar çıkışı izlendi. Oda sıcaklığı ve çevresel faktörler gerektiği gibi ayarlandı ve takip edildi. Hastaya soğuk uygulama yapıldı. Titreme, metabolik hızı ve oksijen tüketimini arttıracığından, aşırı titreme olması halinde ilaç tedavisi uygulandı. Hasta, bol miktarda sıvı alımı için teşvik edildi ve oral sıvı alımının yanında IV sıvı ile desteklendi. Gerektiğinde antipiretik ilaç kullanıldı. 	Hastanın vücut sıcaklığı 36,7°C-37° C arasında seyretti.
Enfeksiyon bulaştırma riski	Damlacık ve temas yoluyla bulaşan bir viral enfeksiyon taşımaya bağlı	Mevcut enfeksiyonu başkasına bulaştırmasını önleme	<ul style="list-style-type: none"> Uygun izolasyon önlemleri alındı, hasta izole odaya alındı. Hasta odasına sağlık personeli girmeden önce koruyucu ekipman giymenin önemi hakkında bilgilendirildi. Entübe takip edilen süreçte aspirasyonları, kapalı aspirasyon sistemiyle yapıldı. Sağlık personeli hasta odasından çıkarken enfeksiyon kurallarına uyması hakkında bilgilendirildi ve tam koruyucu ekipman kullanılarak hasta bakımı ve tedavisi gerçekleştirildi. 	Mevcut enfeksiyonun bir başkasına bulaşması engellendi.
Doku bütünlüğünde bozulma riski	Yoğun bakım ortamı, uzun süreli yatak istirahati, enfeksiyona bağlı yorgunluk, hipertermi, nem, halsizlik ve ağrı ifade etmesine bağlı	Doku bütünlüğünü sürdürmek, oluşabilecek basınç yaralarını önlemek	<ul style="list-style-type: none"> Havalı yatak kullanıldı. Sık aralıklarla ağız bakımı verildi. Entübasyon sürecinde sık sık entübasyon tüpünün ağız içindeki pozisyonu değiştirildi. High flowla takip edildiği süreçte ağız ve burun mukozası sık sık nemlendirildi. Prone ve supine pozisyonlarda basınç noktaları düzenli olarak değerlendirildi. Prone pozisyonda jel yastık kullanıldı. Entübe izlendiği süreçte hasta kısıtlama formu üzerinde sabitlenen bölgelerin kızarıklık, ödem, dolaşım problemi açısından saat başı değerlendirildi. Varis çorabı giydirildi. Yatak içi aktif ve pasif ROM egzersizleri ve masaj yapıldı. 	Doku bütünlüğü sürdürüldü.

			<ul style="list-style-type: none"> • Pozitif nitrojen dengesini sürdürmek için protein ve karbonhidrat alımı artırıldı. 	
Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme	<p>Hiperterminin neden olduğu dehidrasyon</p> <p>COVID-19 tanısına bağlı tat ve koku kaybı sebebiyle iştah kaybı, verilen besinlerin hoşuna gitmemesi</p> <p>Halsizlik, yorgunluk nedeniyle isteksizlik, iştah kaybı</p>	<p>Bireyin, metabolik gereksinime ve aktivitesine, enerji ihtiyacına göre düzenlenen rejimi alması</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bireye yeterli beslenmenin önemi açıklandı (bilgi eksikliği giderildi). • Yemeklerden önce ağırlı işlemler yapılmayacak şekilde düzenlendi. • Yemekten önce ve sonra ağız hijyeni sağlandı. • Az az ve sık sık olacak şekilde yemek yeme sağlandı. • Kalori değeri düşük besinler yerine yüksek kalorili besinler tercih edildi. • Yağlı, ağır, çok tatlı gıdalardan uzak durması sağlandı. • Yemekle birlikte sıvı alımı artırıldı. • Bireyin tiksintiye neden olan yiyeceklerden uzak durması sağlandı. 	<p>Birey, metabolik gereksinime uygun beslendi.</p>
Aktivite intoleransı	<p>Mevcut enfeksiyona bağlı dispne, yorgunluğa bağlı</p>	<p>Aktivite intoleransını artırmak ve ağrı, dispne, yorgunluk olmadan günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akut dönemde yatak istirahatı sağlandı. • Solunum hızı, derinliği, şekli, akciğer sesleri ve satürasyonu değerlendirildi. • Hekim istemine göre gerektiğinde oksijen tedavisi uygulandı. • Hastanın yeterli istirahatının sağlanması için uygun koşullar (çevredeki gürültünün azaltılması, hemşirelik girişimlerinin hastanın dinlenme zamanlarına göre planlanması) sağlandı. • Yatak içerisinde aktif pasif ROM egzersizleri yapıldı. 	<p>Ağrısı azalan hastanın aktiviteyle gelişen dispnesinin azaldığı gözlemlendi.</p> <p>Halsizlik ve yorgunluğunun azaldığı gözlemlendi.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Aktivite sırasında göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yorgunluk ve halsizlik hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiği anlatıldı. • Stres yönetimi sağlandı. 	
Etkisiz Solunum Yolu Temizliği	Mevcut enfeksiyona bağlı sekresyonlarının artması	Doku oksijenlenmesi ve ventilasyonunun yeterli olması, arteriyal kan gazlarının normal olması, oksijen saturasyonlarının en az %90 ve üzeri olması, akciğer seslerinin normal olması, öksürük ve sekresyonunun azalması veya olmaması	<ul style="list-style-type: none"> • Siyanozu takip etmek için deri rengi, mukoz membranlar ve tırnak yatakları gözlemlendi. • Mental durumu değerlendirildi. • Sekresyon yoğunluğu, miktarı, rengi ve kokusu değerlendirildi ve değişiklikler takip edildi. • Hastanın sekresyonunu yutmaması, tükürerek atması için hasta teşvik edildi. • Derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırıldı. • Solunum hız, ritim ve derinlik açısından değerlendirildi. • Oksijen desteği sağlandı ve gerektiğinde artırıldı. • Hidrasyon açısından hasta değerlendirildi ve sekresyon atılımını sağlamak için sıvı alımı artırıldı. 	Hastanın öksürük ve sekresyonunda azalma olduğu gözlemlendi.
Aktivite intoleransı	Mevcut enfeksiyona bağlı dispne, yorgunluğa bağlı	Aktivite intoleransını artırmak ve ağrı, dispne, yorgunluk olmadan günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Akut dönemde yatak istirahati sağlandı. • Solunum hızı, derinliği, şekli, akciğer sesleri ve saturasyonu değerlendirildi. • Hekim istemine göre gerektiğinde oksijen tedavisi uygulandı. • Hastanın yeterli istirahatinin sağlanması için uygun koşullar (çevredeki gürültünün azaltılması, hemşirelik girişimlerinin hastanın dinlenme zamanlarına göre planlanması) sağlandı. • Yatak içerisinde aktif pasif ROM egzersizleri yaptırıldı. • Aktivite sırasında göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yorgunluk ve halsizlik hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiği anlatıldı. • Stres yönetimi sağlandı. 	Ağrısı azalan hastanın aktiviteyle gelişen dispnesinin azaldığı gözlemlendi. Halsizlik ve yorgunluğunun azaldığı gözlemlendi.

Uyku örüntüsünde bozulma	Yoğun bakım sürecine ve mevcut enfeksiyonun belirtilerine (ağrı, öksürük, dispne ve sekresyon artışı) bağlı	Hastanın yeterli ve kaliteli uyumasını sağlamak, hastanın kaygılarından kurtulmasına yardımcı olmak ve yeterli uyku alımını etkileyebilecek durumların kontrolünü sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Sık sık pozisyon değiştirilir, solunum fizyoterapisi ile desteklendi. • Hastanın uyumasına engel olan bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin faktörler değerlendirildi. • Hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlendi. • Sesler ve gürültü mümkün olduğunca azaltıldı. • Mümkün olduğunca gündüz uyumaması sağlandı. • Uyku saatlerinde çevre gürültü, ışık, ısı yönünden düzenlendi. • Ekibin diğer üyeleri ile tedavi planı uykunun bölünmemesini sağlayacak şekilde gerçekleştirildi. • Analjezik uygulama saatleri uyku saatine göre düzenlendi. • Alışkanlıkları doğrultusunda, duruma uygun uyumayı kolaylaştıran gevşeme teknikleri, müzik dinleme gibi ilaç dışı uygulamalar yapıldı. 	Ağrısı ve öksürüğü azalan hastanın uyku süresinin arttığı görüldü. Hastanın kaygılarının azaldığı gözlemlendi. Günlük ortalama 7-8 saat kesintisiz uykusunu sürdürdüğü izlendi.
Anksiyete	Panik atak tanısının bulunması Henüz kesin tedavisi belli olmayan, mortalitesi yüksek bir hastalık tanısı konulması	Etkin baş etme yöntemlerini kullanarak hastayı psikolojik olarak rahatlatmak	<ul style="list-style-type: none"> • Yoğun bakım işleyiş süreci hakkında bilgi verildi. • Acil bir durumda sağlık personeline ulaşma süreci hakkında bilgi verildi. • Hastalığın süreci ve gidişatı hakkında soru sormasına izin verildi ve cesaretlendirildi. • Servise transfer süreci hakkında bilgi verildi. • Daha önce aynı hastalıkla baş eden ve iyileşerek taburcu olan hastalar hakkında bilgi verildi. • Hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. • Solunum egzersizleri öğretildi ve yapması için teşvik edildi. • Doktor istemine göre lüzum hali 1 mg lorazepam tablet, uygulandı ve hasta sık aralıklarla gözlemlendi. 	Anksiyete belirtilerinin azaldığı gözlemlendi. İyileşmeye başladıkça kaygılarının azaldığını dile getirdi.

Sosyal izolasyon	Solunum ve damlacık izolasyonu nedeniyle	Bireyin sağlığına kavuşması ve tekrardan belli sosyal mesafede topluma karışması	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 hastalığında sosyal izolasyonun önemi anlatıldı. • Geçici bir süreç olduğu konusunda bilgilendirildi. • Hastalığın bir pandemi olduğu ve milyonlarca insanın bu hastalıkla baş ettiği anlatıldı. • Duygu ve düşüncelerini rahatça ifade etmesi sağlandı. • Anksiyete ve stres durumu minimum düzeyde tutuldu. 	Hastanın servise transferi, PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) testinin negatif gelmesinin ardından eve taburculuğuyla beraber belli sosyal mesafede topluma karışması sağlandı.
Bireysel baş etmede yetersizlik.	Pandemiye sebebiyet veren, mortalite oranı yüksek ve henüz tedavisi kesinleşmemiş olan bir hastalık tanısı konulması Rol yetkilerini yerine getirememesi Sosyal izolasyon	Uygun baş etme yöntemleri kullanılarak bireysel baş etmede yetersizliğin giderilmesi	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalığının süreci ve gidişatı hakkında bilgi verildi. • Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi için desteklendi. • Hastalığın risk grupları anlatıldı. • Acil durumda sağlık personeline ulaşabileceği hemşire çağrı sistemi hakkında bilgi verildi ve uygulamalı anlatıldı. • Hastanenin bir pandemi hastanesi olduğu ve tam donanımlı olduğu hakkında bilgi verildi. • Daha önce aynı hastalıkla baş eden ve iyileşerek taburcu olan hastalar hakkında bilgi verildi. • Manevi baş etme kaynaklarına yönlendirildi. 	Bireysel baş etme yetersizliği yüksek oranda giderildi.
Emboli riski	Mezenkimal kök hücre transferine bağlı COVID-19 hastalığının seyrine bağlı	Tromboemboli gelişimini engellemek	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta mezenkimal kök hücre transferinde, yakından takip edildi. • Hasta tromboemboli açısından gözlemlendi; a.Periferik nabız kontrolü yapıldı. b.Ekstremite hareket düzeyi hassasiyet, ağrı ve kızarıklık belirtileri açısından gözlemlendi. • Pulmoner emboli belirtileri ve bulguları (ani gelişen dispne, taşipne, hipotansiyon, taşikardi, juguler venlerde dolgunluk, siyanoz, huzursuzluk) açısından gözlemlendi. • Aritmi yönünden takip edildi. • Antiembolik çorap giydirildi. • Yatak içi ROM egzersizleri yaptırıldı. • Doktor istemindeki antikoagülan tedavi uygulandı. 	Tromboemboli belirti ve bulguları gözlemlenmedi.

Yoğun Bakımda COVID-19 ve İleri Evre Over Kanser Tanılı Hastada Psikososyal Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu

A Patient With Advanced Over Cancer Located in The Intensive Care Unit With The Diagnosis of COVID-19: Case Report

Esin CERİT^{1a}, Leyla GÜNDOĞDU^{2b}

ÖZET COVID-19 vakası bildirildiğinden günümüze kadar, bu salgın dünya çapında bir milyondan fazla insana yayılarak bir pandemi haline gelmiştir. Tüm dünyayı etkisi altına alan bu hastalık insanlarda birçok biyopsikososyal problemlere yol açmış ve açmaya devam etmektedir. Bu çalışmada, COVID-19 tanısı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım hizmeti alan aynı zamanda ileri evre over kanseri olan bir bireyin yaşadığı psikososyal problemler ve pandemi koşullarında kendisine uygulanan hemşirelik girişimleri ele alınarak uygulanabilecek girişimlere ilişkin hemşirelere fikir sunmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bakım; COVID-19; hemşirelik; psikososyal; yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Since the COVID-19 case was reported, this epidemic has spread to more than one million people worldwide, making it a pandemic. This disease, which affects the whole world, has caused and continues to cause biopsychosocial problems in humans. In this study, we aimed to provide an idea to the nurses about the interventions that can be applied by addressing the psychosocial problems and nursing interventions applied to him in pandemic conditions of an individual who received treatment and care services in the intensive care unit due to the diagnosis of COVID-19 and who also has advanced ovarian cancer.

Keywords: Care; COVID-19; nursing; psychosocial; intensive care unit

GİRİŞ

Jinekolojik kanserlerin, tüm kadın kanserlerinin yaklaşık olarak 1/5'ini oluşturduğu ve bunların da %20-25'ini over kanseri olduğu bildirilmektedir. Over kanseri, kadın genital kanserleri içinde en çok ölüme neden olan kanserlerden biridir. Hastalık ileri evreye kadar her hangi bir belirti vermemektedir. Bu durum da hastalığın tedavisi ve bakımını zorlaştırmaktadır.¹ Jinekolojik kanserler sonucu yaşanan semptomlar ve uygulanan tedaviler kadın tarafından cinsel kimliğine, üreme yeteneğine ve beden imajına yönelik büyük bir tehdit olarak algılanmakta olup, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ciddi derecede olumsuz bir şekilde etkilemektedir.² Kadınlar için jinekolojik kanser tanısı almanın psikososyal yönünün bilinmesi, bakımın ve psiko-onkolojik tedavinin bu doğrultuda planlanması oldukça önemlidir.³ Özellikle, olguda sunduğumuz bireyde de olduğu şekliyle tümörün metastaz yaptığı ve hastalığın tedaviye cevap vermediği olgularda bakımın ana unsurlarını; semptomların kontrolü, ağrının giderilip hastanın rahatlatılması ve psikososyal destek oluşturmaktadır.⁴

Olguda yer alan ileri evre over kanseri tanısı olan birey, bakım ve tedavisine evinde devam ederken tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 tanısını almıştır ve kendisi için yoğun bakım süreci başlamıştır. İki bin

ondokuzun ilk koronavirüs (COVID-19) vakası bildirildiğinden bu yana, bu salgın dünya çapında bir milyondan fazla insana yayılarak bir pandemi haline gelmiştir. 31 Aralık 2019'da DSÖ Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs olarak tanımlanmıştır. İlk vakanın Çin'de görülmesi ile hızla yayılarak başta Avrupa olmak üzere tüm dünyada giderek artan sayıda ortaya çıkan vakaların ardından, salgın Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından pandemi olarak tanımlanmıştır.^{5,6} T.C. Sağlık Bakanlığı açıklamalarına göre ise, Türkiye'de ilk olgu 11 Mart 2020'de belirlenmiş, Şubat 2021 itibarıyla tanılanmış hasta sayısı 2.700.000 civarında ve yaşamını yitiren kişi sayısı 29000lere yaklaşmıştır.⁷ COVID-19 enfeksiyonu, oldukça yüksek bulaş hızı, ileri derece solunum yetmezliği gibi özel şartlarda bakım gerektiren ve ağır seyreden semptomları nedeniyle hem toplumda hem de sağlık sisteminde krize yol açan bir hastalıktır.⁸

Salgının kontrolü ve önlenmesi sürecinde multidisipliner bir yaklaşıma gereksinim duyulmaktadır. Multidisipliner yaklaşımın temel hedefi bireysel tedavi ve bakımı sağlamaktır. Hemşireler COVID-19 önleme ve müdahale çabalarının merkezinde, hep en ön safhada yer almaktadır.^{9,10}

Hemşirelerin bu süreçte etkili bir bakım hizmeti sunabilmesi için, hastalık belirtilerinin farkında olması, hasta ve sağlık çalışanlarına uygun eğitimi sağlaması, enfeksiyon kontrol önlemlerini sağlama ve sürdürme için gerekli araç ve gereci edinmesi, bunları uygulamak için yetki sahibi olması, aileye ve bireye en iyi bakımın sağlanacağı güvencesini vermesi gerekmektedir. Hemşireler; tüm hastaların bireysel, yüksek kaliteli bakım almasını sağlamalı ve COVID-19 ile ilgili artan hemşirelik ve sağlık sistemi talebine hazır olmalıdır. Hastalara temel fizyolojik bakımın yanı sıra psikososyal bakım da sağlamalıdır.¹¹⁻¹⁴ Bakım, yalnızca bedene değil duygulara, düşüncelere, kişilerarası ilişkilere yönelik bütüncül bir yaklaşımı da zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda hemşirelik de sadece hastalığa odaklı bir meslek değildir. Hemşirelik, hasta bireyi biyopsikososyal açıdan bir bütün olarak değerlendirmeyi gerektirmektedir.^{15,16} Tüm dünyada oldukça çok sayıda kişiyi etkileyen COVID-19 pandemisinde, yoğun bakım üniteleri en önemli birimler haline gelmiştir.

Yoğun bakım ünitelerinde, ağır şiddetteki COVID-19 hastalarının bakımında hastaların solunum fonksiyonlarının takibinden, hijyen gereksinimlerini karşılamaya kadar hemşireler birçok karmaşık rol ve sorumluluğu yerine getirmektedir.¹⁷ Bu zorlu süreçte, sunulan bakımın daha kaliteli olmasını sağlamak için hemşirelere hemşirelik bakımına yönelik güncel bilgiler ve yol haritaları sunmanın önemli olduğu bir tartışılmaz bir gerçektir. Bu çalışmada, COVID-19 tanısıyla birlikte ileri evre over kanseri tanısıyla yoğun bakım ünitesinde izlemi yapılan olgunun psikososyal gereksinimlerine yönelik uygulanan hemşirelik yaklaşımı sunulmuştur. Çalışmanın, COVID-19 tanısının yanı sıra terminal dönemde olan bireylerin psikososyal gereksinimleri ve bu gereksinimlere yönelik uygulanabilecek hemşirelik girişimleri hakkında fikir sunması hedeflenmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın verileri, "Fonksiyonel Sağlık Örutüleri Modeli" kapsamında toplanmıştır. Ayrıca, ruhsal durum değerlendirilmesi yapılarak hastanın ruhsal durumuna ilişkin gözlemler de aktarılmıştır. Fonksiyonel Sağlık Örutüleri Modeli Gordon tarafından geliştirilmiştir. Gordon, hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve

organize etmek için 'Fonksiyonel Sağlık Örutüleri (FSÖ Modeli)' adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür.¹⁸ FSÖ Modeli insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; "sağlığı algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel-algı, uyku-dinlenme, kendini algılama, rol-ilişki, cinsellik-üreme, başetme-stres toleransı, değer-inanç" başlıklarını içermektedir.¹⁹ Ruhsal durum değerlendirmesi ise bireyin ruhsal durumunun ve psikopatolojisinin belirlenebilmesi için bilinç durumu, dış görünümü ve dışa vuran davranışları, duygulanım ve duygudurumu, konuşma özellikleri, düşünce yapısı ve içeriği, dikkat, bellek durumu ve algılarına ilişkin hemşire tarafından uygulanabilen bir değerlendirilmiştir.^{20,21}

Etik Boyut:

Çalışma için olgunun tedavi edildiği kurumdan ve ilgili üniversitenin Etik Kurulu'ndan izin alındı (Toplantı Tarihi:25.11.2020, Karar Numarası: 2017-KAEK-189_2020.11.25_06). Olgu ve yakınları, çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirildikten sonra onamları alınarak olgu çalışmaya dahil edildi.

OLGU:

Tanımlayıcı Özellikler: COVID-19 tanısı nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan A.B.'ye iki yıl önce ileri evre over kanseri (karaciğer ve beyin metastazı mevcut) tanısı konulmuştur (01.11.2019). 39 yaşındaki A.B. lise mezunudur. A.B, bekar yaklaşık bir yıl önce eşinden boşanmış, biri 7 diğeri 12 yaşında olmak üzere iki erkek çocuğu bulunmaktadır. A.B. anne ve babasıyla yaşamaktadır. Ekonomik durumunu iyi olarak tanımladı. Daha önce overektomi (12.02.2020) ve histerektomi (07.04.2020) operasyonları geçirmiştir. Bakımıyla annesi ve babası ilgilenmektedir. Çocukları, kendi babalarıyla birlikte yaşamaktadır.

OLGUNUN FSÖ MODELİ TEMELİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ:

1.Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi:

Hasta 01.11.2019 tarihinde kendisine over kanseri tanısı konduğunu sonrasında kemoterapiye başladığını 3 ay sonra (Şubat 2020) kanallarıyla beraber overlerinin alındığını, fakat yayılım devam ettiği için 2 ay

sonra (Nisan 2020) total histerektomi uygulandığını anlattı.

27.08.2020 de servise yatışı alınan hasta COVID-19 tanısı aldığından itibaren kendini daha da kötü hissettiğini, ağrılarının dayanılmaz olduğunu, hiç rahat nefes alamadığını belirtti. Çok zor bir sınavdan geçtiğini dile getirdi. “Derdimin çaresi yok, çekecek çilem varmış” şeklinde ifadeleri oldu.

2. Beslenme -Metabolik Durum: Bağırsak sesleri mevcut fakat ileri düzey dispne olduğu ve entübasyon riski olduğu için oral beslenmiyor (N4 olivclinomel mayi 40 cc/h) Ağız mukozası normal.

3. Boşaltım: Hastanın servise yatışı olduğu gün Beden Kitle İndeksi: 22kg/m²’ydi. Kanser tedavisi sonrasında ara ara konstipasyon sorunları olduğunu, laksatif ilaçlar kullandığını belirtti. Son iki gündür defekasyon yok. Batında gerginlik yoktur. Hastada üriner katater takılı, idrar çıkışı normal.

4. Hareket -Aktivite: Hasta yatışının ikinci gününde yatak içerisinde mobildi fakat şiddetli ağrıları ve nefes almada güçlük yaşaması nedeniyle yatak içerisinde bile hareket etmek istemediğini belirtti. Üçüncü gün ve sonrasında sedatize bir şekilde yatağına tespit edildi.

5.Uyku ve Dinlenme:

Hasta sık sık karnında hissettiği kramp tarzı ağrılardan ve üç gündür yoğun solunum sıkıntısı çektiğinden çok zor uykuya daldığını, çok sık uyandığını, zaten bir yıldır çok düzenli uykusunun olmadığını ama üç gündür de hemen hemen hiç uyuyamadığını belirtti. Aslında çok yorgun olduğunu ama hastalıklarının bir türlü rahat vermediğini ifade etti.

6. Bilişsel Algılama: Yatışının ilk iki günü bilinci açık olan hasta, ilk iki gün yoğun bakımda olduğunu farkındaydı. Yoğun bakımda olduğunu, COVID-19 nedeniyle izole edildiğini ve over kanseri hastalık öyküsü olduğunu açıklayabilmişti. İkinci günün sonunda Midozalam 3 mg ve 30 mg Rekuronyum Bromür ile sedatize edildi. Sedasyonun idame tedavisi 5 mg Midozalam ile yapıldı.

7. Kendini Algılama-Benlik: Hasta kendini çok yorgun ve çaresiz hissettiğini belirtti. Kanser öncesinden çok farklı olduğunu, son zamanlarda aynalara bakmadığını ifade etti.

8. Rol ve İlişki Şekli: Hastanın iki çocuğu var, eşinden bir yıl önce boşanmış. Anne ve babasıyla birlikte yaşıyor. Bakımını annesi ve babası gerçekleştiriyor. Hasta eşi ile boşanmış olduklarını belirtmedi. “Ölürsem eşim ve

çocuklarım bensiz ne yapar” şeklinde ifadeleri vardı. Hastalığının ileri seviyede olması nedeniyle, çocuklarından kendisine bulaş olur korkusuyla pandemi sürecinde çocuklarını göremediğinden yakındı. “İki yıldır çocuklarıma annelik yapamadım, pandemide de hiç göremez oldum” şeklinde ifadesi oldu.

9. Cinsellik- Üreme: Hasta kanser tanısı sonrası eşiyile cinsel bir yakınlaşma olmadığını, kemoterapi tedavisi süresince (tedavi sonlanmış) kendisini çok yorgun hissettiğini bu duruma da eşinin anlayış gösterdiğini ifade etti. Eşinin kendisini çok sevdiğini özellikle hastaneye yatış öncesi son günlerinde eşinin kendisiyle çok ilgilendiğini fakat hastayken özellikle bu kadar kötü görünüyorken eşimle cinsel bir yakınlaşma istemedim şeklinde ifadeleri oldu.

10. Baş Etme- Stres Toleransı: Hasta acısının dayanılmaz olduğunu düşündüğünü, fakat yaşadıklarının bu dünyadaki sınavı olduğunu, yaşadıklarına mecburen katlanacağını artık çok da ömrünün kalmadığını bildiğini ifade etti.

11. İnanç-Değer: Hasta aslında yaşamayı, ailesiyle vakit geçirmeyi çok sevdiğini ama artık yaşamak için ömrünün çok az kaldığını bildiğini ifade etti. Son günlerinde ibadet etmek istediğini fakat yapamayacağını bildiğini belirtti. Artık tek yapabildiğinin Allah’a dua etmek olduğunu belirtti.

RUHSAL DURUM MUAYENESİ:

Görünüm ve Davranış: Hasta yoğun bakım servisine alındığında gözleri ödemliydi ve yorgun bir yüz ifadesi vardı. Yaşına göre daha yaşlı bir görünüme sahipti. Kişisel hijyeni tamdı. Yatak içerisinde hareket etmeyi tolere edemiyordu. Hasta sık sık karnında hissettiği kramp tarzı ağrılardan ve üç gündür yoğun solunum sıkıntısı yaşadığından çok zor uykuya daldığını, çok sık uyandığını, zaten bir yıldır çok düzenli uykusunun olmadığını ama üç gündür de hemen hemen hiç uyuyamadığını belirtti. Gün içerisinde yapılan gözlemlerde de hastanın hiç uyumadığı gözlemlendi. “Aslında çok yorgunum fakat dertlerim izin vermiyor ki uyuyayım” şeklinde ifadeleri oldu.

Yoğun bakım servisine yatışının ilk iki gün hastanın durumunda bir değişiklik gözlenmedi. Fakat, üçüncü gün ileri düzey desatüre (CPAP desteğinde iken Satürasyon: %60) olduğu için solunum veya kardiyak arrest riski olması nedeniyle entübe edildi ve mekanik ventilasyona bağlandı. Hasta kendini extübe etme ihtimali taşıdığı için beş gün sedasyon

eşliğinde tespit edildi. Hastanın sedasyonuna ara verildiğinde ajite bir şekilde uyandığı ve kendisini ekstübe etmeye çalıştığı gözlemlendi. Tespitlenme işlemi son bulduğunda da kendini yataktan atma davranışı oldu. Bu nedenle hasta tekrar sedatize edilerek tespit edildi.

Konuşma Özellikleri: Konuşurken rahat nefes alamadığı için çok zorlandığı gözlemlendi. Yoğun bir şekilde öksürmesi olduğu için konuşurken cümlesini tam olarak tamamlayamıyordu. Konuşma içeriğinde, genellikle ağrıların çok fazla olduğunu, ağrıları nedeniyle yatak içinde bile hareket edecek gücü kendinde bulamadığını, iyileşme ümidinin kalmadığını ilettiler.

Bilinç ve Yönelim: Hasta yatışının ilk günü, yapılan görüşmelerimizde hastanede olduğunu farkındaydı. COVID-19 tanısı nedeniyle yoğun bakım servisine alındığını biliyordu. Fakat üçüncü gün ve sonrasında hasta sedatize edildiği ve entübe olduğu için sözel iletişim kurulamadı.

Düşünce Yetisi: Hastaya yatış yapıldığı ilk gün tedavisini yaparken kendimi tanıttım ve o gün içinde her görüşmemizde beni hatırladı. Fakat bir yıl önce eşinden boşanmış olmasına rağmen evli olduklarını ifade ediyordu. “Ben ölürsem eşim, çocuklarım ne yapar” diye ağladığı gözlemlendi. Hasta yakınları ile yapılan görüşmede hastanın “son zamanlarda (yaklaşık birkaç aydır) eşiyle boşanmadığımı, çok güzel bir evlilikleri olduğunu sık sık ifade ettiğini” belirttiler.

Hasta kanser tanısı sonrası eşiyle cinsel bir yakınlaşma olmadığını, kemoterapi tedavisi süresince kendisini çok yorgun hissettiğini bu duruma da eşinin anlayış gösterdiğini ifade etti. Eşinin kendisini çok sevdiğini özellikle hastaneye yatış öncesi son günlerinde eşinin kendisiyle çok ilgilendiğini fakat hastayken özellikle bu kadar kötü görünüyorken eşimle cinsel bir yakınlaşma istemedim şeklinde ifadeleri oldu. Ayrıca hastalık öncesi kişisel hijyenine çok önem verdiğini fakat kanser tedavisi süresince çok yorgun olduğu için kişisel hijyenini istediği şekilde yapmadığını bu durumun da kendisini çok rahatsız ettiğini belirtti.

Hastanın çocuklarını çok özlediğini çok sık dile getirmesi üzerine çocukları adına mektup yazmasına yardım edebileceğimi belirttiğimde çok mutlu olduğunu ama mektup yazacak hali olmadığını ifade etti. Yaşadığı ağrılara tahammül etmenin çok zor olduğunu belirtti. Ailesini görmek konuşmak istediğini

onları yanında hissetmek istediğini ama pandemiden dolayı hiç göremediğini belirtti. Önceden ibadet etmeye çok dikkat etmediğini fakat bu aralar abdest almak ve son zamanlarını dua ile geçirmek istediğini ama yoğun bakımda bunu yapmanın mümkün olmadığını, bu durumun onu üzdüğünü ifade etti.

Soyut Düşünme Becerisi: Soyut düşünme becerisinde bozulma yoktu. Hasta konuşmaları içerisinde atasözleri ve deyimlerden yararlanıyordu. “Çocuklarım aklımdan hiç çıkmıyor sürekli içimde bir kor ateş var sanki ifadesini kullandı.”

Duygulanım Özellikleri: Hasta sürekli kendisi ölürse iki çocuğunun ne olacağını düşündüğünü, ölürse çocuklarının perişan olacağını ifade etti. Hasta, tedavileri nedeniyle çocuklarıyla düzenli görüşemediğini, çocuklarını çok özlediğini, hastanede kendini çok yalnız hissettiğini ifade etti ve bunları anlatırken ağladığı gözlemlendi. Bakım verilen süre içerisinde çökkün bir yüz ifadesi vardı.

Yaşamayı, eşiyle ve çocuklarıyla vakit geçirmeyi, ibadet etmeyi sevdiğini anlattı. Kaderinin güzel olmadığını ama durumunu kabullendiğini; yaşamak istediğini ama olamayacağına inandığını söyledi. Kendisini iyi hissettiği bir süreçte çocuklarına mektup yazma fikri verildiğinde mutlu olduğu gözlemlendi.

Hasta bireyin, psikososyal gereksinimlerine yönelik belirlenen hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur:^{22,23}

1.Hemşirelik Tanısı: Serebral fonksiyonlarda değişim olmasına ilişkin “*Kendine zarar verme riski*”

Beklenen Sonuç: Bireyin kendine yönelik zarar verici bir davranışının olmaması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Yoğun bakım ortamı tanıtıldı.

-Hasta yatağı en alçak seviyede bulunduruldu.

-Yatak kenarlıkları kalkık pozisyona getirildi.

-Hasta ajite olduğu için tespit edildi.

-Gereksinim duyduğunda yardım istemesi için cesaretlendirildi.

-Güvenlik önlemleri oluşturuldu ve hasta sık sık gözlemlendi.

-Her uygulama öncesi yapılan girişimler hakkında (hasta sedatize olduğu süreçte dahil) açıklama yapıldı.

Değerlendirme: Hasta bakımının üçüncü günü ve sonrasında kendini ekstübe etme ihtimali taşıdığı için beş gün sedasyon eşliğinde tespit edildi. Hastanın sedasyonuna ara verildiğinde çığlıklar atarak uyandı ve kendisini ekstübe

etmeye çalıştığı gözlemlendi. Tespitlenme işlemi son bulduğunda da kendini yataktan atma davranışı oldu. Bu nedenle hasta tekrar sedatize edilerek tespitine devam edildi.

2.Hemşirelik Tanısı: Serebral metabolizmanın, yapının ya da bütünlüğün bozulmasıyla ilişkili “*Düşünce sürecinde değişim*”

Beklenen Sonuçlar: Kişinin gerçeğe uygun düşünce biçimine sahip olması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Temel davranış özellikleri tanımlandı.

-Her uygulama öncesi uygulama hemşiresi kendisini tanıttı ve yapılan uygulamalar açıklandı.

-Hastaya hekiminin ailesi (anne, baba ve çocukları) ile görüşmeler yaptığı ve kendisini çok merak ettikleri, durumunu sordukları şeklinde kısa açıklamalar yapıldı.

-Günlük hava durumu vb. konularda bilgiler verildi.

-Bütünlük duygusu geliştirilmeye çalışıldı.

-Güvenlik önlemleri alındı.

-İntravenöz gibi sınırlayıcı olan girişimlerde en az sınırlayıcı olan yerler tercih edildi.

-Kişinin zaman zaman yaşadığı huzursuzluğun ağrı ile ilgili olup olmadığı değerlendirildi.

-Yorgunluk ifadelerine yönelik uyaranlar en aza indirildi.

Değerlendirme: Hasta, ailesinin onun için hastaneye aramasına çok mutlu olduğunu ifade etti. Belki ileride görüntülü konuşmada yaparız dedi (gülümsediği gözlemlendi). Yatışının ilk iki günü, hastanın, eşi ile boşanma sürecinden hiç bahsetmediği gözlemlendi. Eşinin bütün tedavi sürecinde kendisine destek olduğunu belirtti.

Daha sonraki günlerde sedatize olması nedeniyle düşünce sürecindeki değişim değerlendirilemedi.

3. Hemşirelik Tanısı: Bulaş riski ve yoğun bakım kısıtlamalarıyla ilişkili “*Sosyal İzolasyon*”

Beklenen Sonuç: Bireyin beklediği emosyonel desteği alması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Hastaya hastalığı ve tedavi süreci hakkında bilgilendirme yapılarak izolasyon zorunluluğunun nedenlerin açıklandı.

-Hastaya uygulanan girişimler sırasında sürekli iletişim kurularak duygularını ifade etmesi sağlandı.

-Yaşadığı yalnızlık duygusunu ifade etmesi için cesaretlendirildi.

-Ailesine ilişkin özlem duygusunu ifade etmesi için desteklendi.

-Ailesi ile yapılan telefon görüşmeleri hakkında kendisine bilgi verildi. Kendisini hazır hissettiğinde ailesiyle görüntülü arama arayıcılığıyla görüştürüleceği iletilildi.

Değerlendirme: Birey sevdiklerini çok özlediğini acıları dinerse onlara kavuşmak istediğini fakat acıları dinmeyecekse de bir an önce ölmek istediğini ifade etti.

4.Hemşirelik Tanısı: Yaşanan yoğun ağrı ve öksürükle ilişkili “*Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık*”

Beklenen Sonuç: Bireyin yeterli ve kaliteli uyku uyuması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Ortamdaki uyaran sayısı en aza indirildi.

-Hasta sedatize edilmeden önceki dönemdeki hemşirelik girişimleri uyku döneminde iken en az sayıda rahatsızlık edecek şekilde düzenlendi. Alışageldiği uyku öncesi rutinleri olabildiğince uygulandı (ağız bakımı vb.).

-Ağrıların azaltmaya yönelik ilaç tedavisi uygulandı.

-Ağrılı işlemler gece geç saatlerde yapılmamaya özen gösterildi.

-Ortam sıcaklığı, kokusu, kişisel hijyen vb. uyuma ortamı uygun şekilde getirildi.

Değerlendirme: Hastaneye yatış öncesi neredeyse hiç uyuyamadığını ifade eden hasta yatışının ilk günü sonrasında birkaç saat de olsa uyuyabildiğini belirtti. Gün içerisinde yorgun bir görünümü vardı ara ara 10-15 dakikalık uyku süreçleri oldu.

5.Hemşirelik Tanısı: Var olan sağlık problemleriyle ilişkili “*Beden İmgesinde Rahatsızlık*”

Beklenen Sonuç: Bedeninde var olan değişikliği kabullenmesi, bedenine ilişkin olumlu bir bakış açısı kazanması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Duygularını özellikle kendisi hakkında hissettiklerini, düşündüklerini, kendi bakış açısını ifade etmesi için hasta desteklendi.

-Hastalık sürecinin kendisini, aile ve sosyal yaşamını, aile içindeki rollerini nasıl etkilediği konusunda konuşmaya teşvik edildi.

-Sağlık problemi, tedavisi, yaşanan gelişmeler hakkında soru sorabilmesi için fırsatlar sağlandı.

-Hayatındaki önemli kişilerle görüşmesi pandemi nedeniyle sağlanamadı fakat telefonla bilgi paylaşımı yapıldı. Her telefon görüşmesi sonrasında, hastaya aile yakınlarının kendisini aradığı, kendisini çok özlediklerini ve onlar için çok önemli olduklarını ifade ettikleri yönünde bilgiler verildi.

-Yaşadığı süreçle ilgili geçerli/güvenilir fakat gereksiz güvenceler içermeyecek şekilde umut aşılayacak nitelikte açıklamalar yapıldı.

-Hasta ile kendisini iyi hissettiği bir süre içerisinde çocuklarına mektup yazma konusunda anlaşma yapıldı.

-Hastanın öz bakım aktivitelerine katılabilmek yeteneği değerlendirildi.

-Öz bakım yetersizliği hakkındaki duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi.

-Kişisel hijyenini sağlama konusunda kendisine destek olunacağı açıklandı.

Değerlendirme: Hasta iyileşemeyeceğini bildiğini artık bu görüntüsüne ölene kadar sabretmesi gerektiğini belirtti. Hastanede kendisine bakım verilmeyeceğini düşündüğünü fakat hemşirelerin ona çok iyi baktığını ifade etti. “Annemi aratmıyorsunuz” ifadesinde bulundu. Hastanede çocuklarına mektup yazma fikri çok hoşuna gittiği gözlemlendi. “Şöyle rahat bir nefes alınca ben söylerim siz yazarsınız olur mu. Söz verin” şeklinde ifadesi oldu.

6.Hemşirelik tanısı: Yaşanan yoğun ağrılar, aile üyelerinde ayrı kalma ve yoğun bakım kısıtlamalarıyla ilişkili “Spiritüel Distress”

Beklenen sonuç: Bireyin geleceğe yönelik ulaşılabilir hedefler oluşturması

Uygulanan Hemşirelik Girişimleri:

-Geçmişteki inançları, alışkanlıkları hakkında sorular sorarak kişinin duygularını ifade etmesi sağlandı.

-Hasta bireyin, manevi inanç ve alışkanlıkları ön yargısız bir şekilde dinlenildi.

-Manevi gereksinimlerin birey için çok önemli olduğu vurgulandı.

-Gelecekle ilişkili umut duygusunu aktif tutmak için geleceğe yönelik ulaşılabilir küçük hedefler konuldu. (Kendini hazır hissettiğinde çocuklarına mektup yazabileceği, yine isteği doğrultusunda çocuklarıyla telefon görüşmesi yapabileceğinin belirtilmesi gibi)

- Kendisine istediği dönemlerde müzik, dua dinlemek gibi fırsatların sunulabileceği iletili.

Değerlendirme: Hastanın gün içerisinde bazen iyileşmek için dua ettiği bazen de ağrılarının artık dinmesi için ağlayarak ölmek istediğini ifade ettiği gözlemlendi.

SONUÇ

COVID-19 her geçen gün farklı şekillerde tüm dünyayı tehdit etmeye devam etmekte bireylerin fizyolojik sorunlarla birlikte psikososyal sorunlar yaşamasına da sebep olmaktadır. Bu olgu sunumunda, COVID-19

tanısıyla yoğun bakım servisine yatırılıp yapılan ileri evre over kenseri tanısı olan hastanın psikososyal problemleri ve uygulanan bakımın psikososyal boyutuna yer verildi. Olguda yer alan birey bir ay süren bakım sonrası vefat etti. Hasta bireyin ailesi bu süre içerisinde sağlık çalışanları tarafından kendilerine sağlanan psikososyal desteğin yaşadıkları süreci biraz daha kolaylaştırdığını ifade ettiler. Yoğun bakım servislerinde bakım alan hasta bakımı, yalnızca hastaların fizyolojik gereksinimlerine odaklanmamalıdır. Hemşirelik bakımı biyopsikososyal-kültürel işlevlerin yerine getirilmesine yönelik bütün uygulamaları kapsamalıdır. Bu çalışmanın tüm dünyayı etkisi altına almış bir pandemi sürecinde bakım alan bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar ve uygulanabilecek hemşirelik girişimleri konusunda fikir sunacağı düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Olgunun sunulmasına izin veren ve verdikleri değerli bilgilerle çalışmamıza katkı sağlayan olgunun yakınlarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Disaia PJ, Creasman WT. Germ hücreli, stromal ve diğer ovarian tümörler. Altıncı Baskı, Bölüm 12, Güneş Kitabevi. Ankara, 2003;351-377.9
2. Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. Türk Onkoloji Dergisi 2010; 25(3): 124-132.
3. Eker A, Aslan E. Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14 (4): 298-303. doi:10.5222/HEAD.2017.298.
4. Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(3): 88-97.
5. Hongzhou Lu, Charles WS, Yi-Wei T. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. J Med Virol. 2020 Apr; 92(4): 401-402. doi: 10.1002/jmv.25678
6. Catharine IP, Hilary DM, Anthony SF. Coronavirus infections—more than just the common cold. JAMA 2020;323(8):707-708. doi:10.1001/jama.2020.0757

7. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Sayfası. Erişim sayfası: <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 08.02. 2021
8. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. COVID-19 pandemisi. 2021.Erişim adresi: file:///C:/Users/HP/Downloads/UNDP-TR-COVID19-RESPONSE-TUR.pdf. Erişim tarihi:08.03.2021.
9. Ye L, Yang S, Liu C. Infection prevention and control in nursing severe coronavirus disease (COVID-19) patients during the pandemic. *Critical Care* 2020;24:338.
10. Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R., Alananzeh I, Elwood L. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic, *International Journal of Nursing Studies* 2020; 111, November, 103637. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
11. World Health Organisation (WHO), 2020. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Available from : <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/novelcoronavirus>
12. Demirağ H, Hintistan S. COVID-19'un Klinik Yönetimi ve Hemşirelik. *GÜSBD* 2020;9(2): 222 – 231.
13. Al Thobaity A, Alshammari F. Nurses on the Frontline against the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review. *Dubai Med J* 2020;3:87–92. doi: 10.1159/000509361
14. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Med.* 2020 May; 46(5): 837–40.
15. Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):49-54.
16. Baykara ZG, Eyüboğlu G. COVID-19 pandemisinde hemşirelik bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; Özel Sayı: 9-17.
17. Kıraner E, Terzi B. Covid-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2020;24(EK-1):83-88.
18. Erbaş N, Demirel G. Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, *GÜSND* 2016; 5(2): 84-91.
19. Staub-Müler M. Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification* 2009;20(1): 9-15
20. Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri Hemşireliği, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri (Birinci Basım), 2016.
21. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri,(Yenilenmiş 11. Baskı), 2008, Ankara.
22. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı (İkinci Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
23. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses Definitions and Classification* 2015-17 10 ed. Oxford: WILEY Blackwell; 2014.

Can Kurtarıcı Yoğun Bakımdan Kurtarılan Bir Canın Hikayesi The Story of a Life Saved from the Life Saving Intensive Care

Gülhan SEYHUN^{1a}

ÖZET Sağlık hizmetlerinde “yoğun bakımların” kuruluş ve gelişimi oldukça yenidir. Fakat bu ünitelerde hızla kullanıma giren biyomedikal cihaz ve malzemeler hastaya yaşam vadeder. Özellikle solunum cihazı desteğinin sağlanması hasta için hayati öneme sahiptir. Ancak bu kritik karar hastanın hayata tutunmasını sağlarken hastayı da yatağa bağımlı kılar. Yatağa bağımlı olmak hem hasta hem de hasta yakını için fiziksel ve duygusal travmalara açık bir davetiyedir. Bu yüzden yatağa bağımlı olarak yatan hastaların yaşadıkları bu sürecin bilinçli bir şekilde yönetilmesi de çok önemlidir. Bu çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde annesi entübe edilerek 46 gün yoğun bakımda yatırılmış bir hemşirenin deneyimleri değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Empati; yatağa bağımlı hasta; yoğun bakım hemşireliği

ABSTRACT The establishment and development of "intensive care" in health services is quite new. However, biomedical devices and materials that are rapidly used in these units promise life to the patient. Especially providing respiratory device support is vital for the patient. However, while this critical decision allows the patient to adhere to life, it also makes the patient dependent on the bed. Being bedridden is an open invitation to physical and emotional trauma for both the patient and the patient's relatives. Therefore, it is very important to consciously manage this process of bedridden patients. In this study, the experiences of a nurse whose mother was intubated and hospitalized in intensive care for 46 days during the COVID-19 pandemic process were evaluated.

Keywords: Empathy; bedridden patient; intensive care nursing

GİRİŞ

Yoğun bakım mı dediniz!

Adımı her duyduğumda, hala içim ürperiyor.

Yazıp yazmamakta tereddüt ediyorum. Başına gelmeyen bilmesin istiyorum, öğrenmesin çekilen acıları. Gerek yok çünkü! Ama diğer yandan da çekilen acılar bilinsin istiyorum. Empati için. Yoğun bakımdaki hasta ve onun neler yaşadığını her dakika merak edip yüreği ağzında bekleyen yakınları neler yaşar?

Dahası oradaki sağlık personeli ve özellikle hemşirelik hizmetlerinin insani yönünün paha biçilmez değerine, en ufak bir tebessümün, dokunuşun nasıl ilahileştigiğine tanık olduğumu anlatmak istiyorum.

Aynı şekilde yoğun bakımda fizyoterapistlere duyulan ihtiyacın farkındalığı...

Yoğun bakımı yaşamayan bilmezmiş...

Dört kez entübe ve dört kez extübe edildikten sonra trakeostomi açılarak ev tipi ventilatöre bağlanan, PEG’li, bezli, sondalı, 46 gün yoğun bakım yatışından sonra göz kapaklarını dahi hareket ettiremeyecek kadar hareketsiz hale gelen 83 yaşındaki annemle birlikte yaşayarak öğrendim ben...

Öğrenmek zorunda kaldım...

İnsanı ürküten ve her hastanın başında ayrı sinyaller veren cihaz sesleri arasında, çırılçıplak, bezlenmiş, elleri ve ayakları yatağa bağlanmış annemin, solunum cihazının

arkasındaki çaresiz ve korku dolu bakışlarını yakalamanın yürek yırtıcı acısına katlanmayı...

İçim haykırma haykırma ağlarken yüzüme gülücük kondurup, saniyeler içinde en kötü bir haberi alabileceğimin farkındayken bile, dünyanın en güven verici sözleriyle yoğun bakımı dünyanın en güzel yeri olduğuna annemi inandırmaya çalışmanın dramını...

Ve anneme en güzel, en içten, en sıcak sözleri burada söylediğimi fark ettiğimi...

Öğrendim ben.

Yoğun bakım ne demekmiş...

Öğrenmek zorunda kaldım.

Meğer ne çok insan yoğun bakım kapısında beklemiş ve hala bekliyor...

Meğer ne çok insan acılar yaşamış ve hala yaşıyor...

Annem 7 Mayıs’ta hastaneye yatmış, 9 Mayıs’ta entübe edilmişti. O günden sonra soğuk, buz gibiydi artık bu dünya. Hep üşüyordum...

Entübe kararı hangi kriterlere göre verildi?

Neden entübe edildi? Bilmiyorum...

Her neyse asıl mesele bundan sonrası!

İçim yanıyor, beynim karıncalanıyordu?

Annem! Ah annem ah! Ne çok korkuyorsundur kim bilir! Bunu düşünmekten kendimi alamıyorum, korkuyordum! Hem de çok.

Annem entübe edilmenin ne olduğunu bilmezdi ki! Hayatında hiç duymamıştır.

Annem mi! Onu biraz anlatayım.

Çocukluğumdan beri annemin en büyük kaygısı “ne yenecek” “kışın odun-kömürümüz var mı”

idi. Bunlar olduktan sonra daha ne isteyebilirdi ki! Ha, bir de her anne gibi en büyük kaygısı çocukları. Az konuşması ve babamın ezici davranışları karşısında sessiz kalıp ağlamasıyla silik bir kişilik sandığım annem! Aslında gençlik yıllarında hem de köyde babama olan sevdasını cesaretle yaşayıp eşini seçme özgürlüğünü göstermesiyle ne kadar da cesurdu. Yoğun bakımın o delirtici etkisinden sıyrılmaya öyküsüyle de bir o kadar güçlü. Annem, çobanlık yapan yetim babamı sevmiş, babasının ve kendi abilerinin zorbalıklarına, karşı çıkmalarına rağmen yaylada kayalıklar arkasında bulunduğu babama da bunu itiraf etmişti. Bunu da bize göğsünü gere gere anlatırdı. Belki de hala anlatırken aynı cesarete büründüğü için o dakikalar dünyanın merkezinin onun etrafında döndüğü gözle görülebilirdi. İşte benim annem! Ha bir de en güzel yaptığı yemeği tarhanası ve otlu saç böreği. Bir de hayatı boyunca bulup buluşturduğu iplerle, boncuklarla ördüğü bin bir çeşit elişleri...

Burada elbette hikâyenin öznesi annem. Ama asıl anlatmak istediğim, yoğun bakım. Orada neler olur, neler yaşanır, neler yapılabilir, nasıl üstesinden gelinir...

Hemşire olmama rağmen hiç yoğun bakımda çalışmamış ve hiç yoğun bakımla ilgili fikrim olmamıştı. Sadece adına çok aşınaydım ve biliyordum ki orada yatan hastaların yoğun bakıma ihtiyacı vardı ve verilen bakım da yoğun bir bakımdı.

YOĞUN BAKIM SÜRECİNİN YÖNETİLMESİ

Yoğun bakım hastası olan bir ailede, hastaya duyulan endişe dışında farklı konularda açmazlar da yaşanabilir. Bu açmazlar neler olabilir: Hastaya yapılmak istenen cerrahi işlemlere onay verilip verilmemesi, hasta hakkında bilginin kime verileceği, hastanın yoğun bakıma alınmasında suçlu görülen bireylerden hesap sorulması, aile bireylerinden bazılarının hastanın sorumluluğunu alıp diğerlerinin kenara çekilmesi veya iş yükünden dolayı ilgilenememe durumu, en çok da hastanın yoğun bakımdan çıkışında bakım sorumluluğunu kimin alacağı kaygısı ve nasıl olacağı... Bir de aile bireyleri arasındaki anlaşmazlıkların getirdiği diğer sorunlar...

Fakat sorun her zaman her yerde olabilirdi. Burada çözüm yoğun bakımsa, sorunun kaynağı da zaten yoğun bakımdı. Bu yüzden bu süreci

yönetmek fakat doğru yönetebilmek büyük başarıydı.

Biz nasıl üstesinden geldik? Aslında dört kardeşiz. Ama bu süreci küçük abimle ikimiz yürüttük. Ne yapacağız? Nasıl yapacağız? Kimden destek alacağız? Aslında o beni, ben onu destekledim. Ben ümidimi kaybettiğimde o bana el verdi, o ümidini kaybettiğinde ben ona el verdim. Eşim ve kızlarım bu süreçte belli bir zaman yanımda değillerdi. Buna rağmen onları düşünmemi gerektiren bir durum yaratmamaları da aslında büyük bir destektir. Bütün enerjimi ve vaktimi anneme verebildim. Abimin eşi ve çocukları da bu süreçte bizi kendi evlerinde rahat ettirdiler. Ve bu süreçte en büyük desteği ve motivasyonu da çocukluk arkadaşımından aldım. Bana her gün “Gülhan abinle ikiniz çok iyi evlatsınız, çok da iyi yapıyorsunuz, sayenizde annen iyileşecek...” gibi kendimi iyi hissettirecek sözlerle destek oldu, ihtiyacım olan konularda yolumu açtı.

Biz abimle ikimiz iyi bir ekiptik. Annemle görüştüklerinde, kendisi de annemi görmek istemesine rağmen sadece benim annemi görmemi sağladı. Bu da her girişimde anneme yaptırdığım egzersizler içindi. Palyatifde annemin egzersizlerini, temizliğini, günlük bakımını beraber yaptık. Kritik kararları enine boyuna tartışarak aldık. Bu süreçte “neden biz değil” “ne yapabiliriz, nasıl yapabiliriz” sorusu üzerine yoğunlaştık. Doktorla ne konuşulacak, hangi sorular sorulacak. Yalnız olsaydık, eminim bu süreci yürütemezdik. Çünkü başka başka sorunlara da kafa yormak zorunda kalıp, zaman zaman aile dramları yaşadık. Bu dönemlerde süreci daha da zorlaştırmamaları için sabırla ailenin diğer üyelerine ara ara bilgilendirici mektuplar yazdım. Bu süreçte abimden bir şey öğrendim. Kriz durumlarında öncelik, bize en yakın sorunun üzerine odaklanarak çözülmeliydi. Sonraki gelişebilecek sorunlar üzerine fazla kafa yorulmamalıydı. Çünkü bu gerektiğinden daha çok yıpratırdı. Yani palyatif doktorumuzun dediği gibi “step by step”.

Bizim annemizle ilgilenebilmemizde en büyük şansımız; COVID-19 pandemisinde benim uzaktan çalışma imkânı bulup enerjimin çoğunu annemin bakımına vermiş olmamla abimin de emekli olmasıydı. Bir de kendi ailelerimizin eş ve çocuklarımızın desteği. Yoksa izin almak zorunda olmuş olsaydık veya aile problemlerimiz olsaydı herhalde annemize bu kadar vakit ayıramazdık.

PALYATİF SÜRECİ

Annem yoğun bakımdan palyatif bakıma alındı ve burada sadece dört gün kalabileceğimiz söylendi. Çünkü burada öncelikli amaç, hasta bakımını aileye öğretmekti. Ardından mümkün olabilirse hastayı invaziv uygulamalardan yani mekanik ventilasyon cihazından, trakeostomidan, idrar sondasından, bezden ve PEG'den kurtarmaktı. Bu işlemde elbette hastanın genel durumu, hekimin doğru zamanda doğru karar verebilmesi, klinik bakımda yer alan personelin desteği ve en önemlisi hastanın ve ailenin bu sürece katkısı çok önemliydi.

Hasta ve ailesi ne kadar çaba gösterirse gösterebilir klinik açıdan hastanın genel durumu buna elverişli değilse veya klinik bakım ve tedavi ne kadar iyi olursa olsun hasta ve ailesi sürece karamsar bakıyorsa veya hastanın klinik durumu elverişli olduğu halde bakım desteği alınmadıysa hastayı yatağa bağlayan tüm işlemlere devam etmek kaçınılmaz olacak ve bu hasta ailesine sadece evde bakım öğretilenektir. Bu noktada güler yüzle ve sevgiyle anneme yaklaşan, onu ventilatörden ayıran, trakeostomisini kapatıp, idrar sondasını çeken, her tür desteği sağlayarak bizim çabalarımıza karşılık veren Palyatif doktorumuzun, hemşire ve özellikle pozisyon değiştirip alt değiştirmede destek olan personelin önemini vurgulamam gerekir.

ANNEM NELER YAŞADI VE BU YAŞADIKLARININ ÜSTESİNDEN NASIL GELİNDİ?

A. Öncelikle annem hiç tanımadığı bir mekânda bilinci açık bir şekilde, çırılçıplak, altı bağlı çoğunlukla da elleri ve ayakları yatağa bağlı bir şekilde ve yapayalnız kalmıştı.

Çünkü entübe olan hastalar delirium yaşayabildikleri için kendilerine bağlanan cihazları ve kabloları söküp atma riski vardı. Ona kendini yalnız hissettirmeyecek olan sadece yoğun bakım çalışanlarının şefkatli ve güven veren bakışlarıyla şefkatli ve güven veren elleriydi. İYİ Kİ ONLAR VARDI. Yoksa yoğun bakımda bu şekilde tutulmanın kabustan farkı yoktu. Annemin ihtiyacı olan bu desteğin verilip verilemediğini görmek, göstermek ve ispat etmek ne kadar imkansızsa bu desteğin değerini ifade edebilmek de bir o kadar güç. Fakat ne kadar da güç olsa anlatmaya çalışacağım.

Empati yapalım: Uyanıyorsunuz, yapayalnızsınız ve hiç tanımadığınız bir ortamsınız. Çırılçıplaksınız, vücudunuzun her bir yerinden makinelere, boğazınızdan borularla, kollarınızdan serumlarla, idrar sondasıyla, el ve ayak bileklerinden de sargılarla yatağa bağlısınız. Işık açık uyuyamıyorsunuz, elinizi ayağınızı oynatamıyorsunuz. Korkuyorsunuz, sesiniz çıkmıyor, konuşamıyorsunuz. İşte o an maskelerin arasından sizin bakışlarınıza yakalanan bir göz size yaklaşıyor. Gözlerinizi o gözlerden ayırmıyorsunuz. Yanınıza geliyor ve şefkatli bir sesle size yaklaşır ve elinizi tutarak adınızla hitap edip bilgi veriyor: *“Korkma, biz buradayız, senin iyiliğin için bu makinelere bağlandın. Bazen burada olmayabiliriz fakat seni her dakika izliyoruz. Çocukların ve eşin de dışarıda. Seni çok merak ettiler. Fakat buraya giremezler, uygun olduğu zaman onları içeri alırlar. Seni de durumun düzelince buradan çıkaracağız...”* Hastaya güven veren ve benim gözümde ilahileşen bu dokunuşu ispat edebilmek veya değerini ölçebilmek mümkün müdür? Sağlık personelinin hastaya şefkat ve güven verip vermediğinin hesabı sorulabilir mi? Veya hastaya bu şekilde yaklaşan personelin hakkı nasıl ödenir? Bu yaklaşımın bir değeri var mıdır veya nasıl ölçülür? Bu dokunuş sadece o hasta ile sağlık personeli arasında geçer. Hasta belki iyileşip çıkacak belki hatırlayacak veya belki de bir saat sonra hayatını kaybedecektir.

Yoğun bakım ünitelerinde özellikle dahiliye yoğun bakımlarda yatan hastaların hastalıklarına ve yaşlarına göre değişiklik gösterse de ölüm oranlarının azımsanmayacak kadar yüksek olduğu biliniyor.¹ Böyle bir gerçekliğin var olduğu ve belki de yapılan tüm tedavilerin, çabaların, çarpınışların, dokunuşların dakikalar içinde bir “HİÇ” olduğuna defalarca tanık olmuş yoğun bakım personeli için bu dokunuşun, şefkatin tekrar tekrar verilebilmesi kolay mıdır? Verilebiliyorsa, ki genellikle verildiğini gördüm. Bunun tek bir açıklaması var; “insanlık, insancıl olma, kendine ve mesleğine saygı, sevgi, vicdan”. Hani ağzı olup dili olmayan çocuklara, hayvanlara, yaşlı ve bakıma muhtaç insanlara karşı takınılan tutum gibi. Hani sadece o iki kişi arasında geçen, hani kimsenin sormadığı, görüp gösteremediği gibi. Evrende uçup giden...

Bu konuyu neden bu kadar uzattım. Çünkü bu konu, yoğun bakımın hasta ve hasta ailesi adına en kritik hizmeti. Çünkü, moral ve motivasyonunun düştüğü iş yükünün ağırlaştığı, Pandemi şartlarında bu hizmetin verilebilmesi daha da güçleşti. Çünkü koruyucu ekipmanların yarattığı tahribat ve hareket kısıtlılığı ile kendi sağlığını ve ailesinin sağlığını korumak adına yaşadıkları kaçınma güdüsü bu hizmeti kısıtladı. Çünkü yoğun bakım hemşire ve doktorlarının moral ve motivasyona ihtiyacı var. Çünkü onlar da kendi sağlıklarını düşünmek zorunda. Zor bir süreçten geçiyorlar, geçiyoruz. Her iki tarafı da anlamaya çalışmak gerek.

Hastanın yalnızlığına destek olup ailesi olarak bizim endişelerimizi gidermenin en olmazsa olmazı, *“empati yüklü ve doğru bilgi akışıydı.”* Bu noktada hasta ve ailesine olan yaklaşımda rol model olacak ve o ünitenin politikasını belirleyecek olan *yönetici doktor ve hemşirelerin tutumu, hasta hakkında bilgilendirmenin sıklığı, hastayla ailesinin görüştürülme rutininin belirlenmiş* olmasıydı. Örneğin annemin ilk yattığı yoğun bakımda haftada üç gün öğleden önce telefonla bilgi verilirken, diğer yoğun bakımda ise hafta içi her gün bilgilendirildik. Bilgilendirme hizmetinin rutinleşmesi elbette hasta ailesine güven veriyor. Fakat bu güven içindeyken bile darmadağın olabileceğiniz anlar yaşamak mümkün. Çünkü aldığımız bir haber sizi olabildiğince göklere uçururken başka bir haber sizi aniden dibe sürükleyebiliyor. Çünkü yoğun bakım hastasının durumu her an değişebiliyor ve hastanız iyi iken dakikalar içinde en kötü haberi alabiliyorsunuz.

Annemin yattığı sürede hastane koridorlarındaki bekleyişlerde aynı kaygıları yaşayan başka ailelerle karşılaştım. Ve her kimin hastası olursa olsun bilgilendirme konusundaki insancıl ve sabırlı yaklaşımlarda yoğun bakım ünitesinin sorumlu doktoru ve başhemşiresinin önemine tanık oldum.

Peki ben bu konuyla ilgili ne yapabildim. Uzaktan ne yapabiliyordum, anneme nasıl ulaşabiliyordum? Öncelikle bilgi veren doktordan özellikle “anneme onu çok sevdiğimizi ve iyileşeceğini, onu özlemle beklediğimizi” iletmesini rica ettik. Bu ricamızı hemen her gün yineledik. Sonrasında (çocukları, torunları ve eşinin yer aldığı) onu çok sevdiğimizi söylediğimiz video çekimleri yapıp bir dakikalık videoda topladık. Bu videoyu aynı hastanede çalışan bir arkadaşımız vasıtasıyla

başhemşireye ulaştırdık. Bu yazıyı kaleme alırken bile hala heyecanlandığım bu video anneme izletildi. Yoğun bakıma yatışımın 22. gününde annemizi gördük. Onu çok sevdiğimizi ve mutlaka iyileşeceğini söyledik. Ve mümkün olabildiğince görüştürüldük.

B. Hareket kısıtlılığı

Yine empati yapalım. Bir gün hareketsiz kalabilir misiniz? Ya da iki gün? Bir yeriniz kırılıp hiç alçıya alındı mı? Alçıya alınan bir ayak veya kol nasıl olur sizce? İncelir ve hareketi kısıtlanır. 83 yaşındaki annem yoğun bakımda 46 gün yatmıştı. Fakat annemin hareketleri zaten yoğun bakıma yatmadan önce yavaşlamıştı ve yürüteçten destek alarak yürüyebiliyordu. Zaten kendi kendine banyo yapamıyordu. Zaten kendi kendine artık yaşayamayacak durumda idi. 46 gün sonunda nasıl olabilirdi ki?

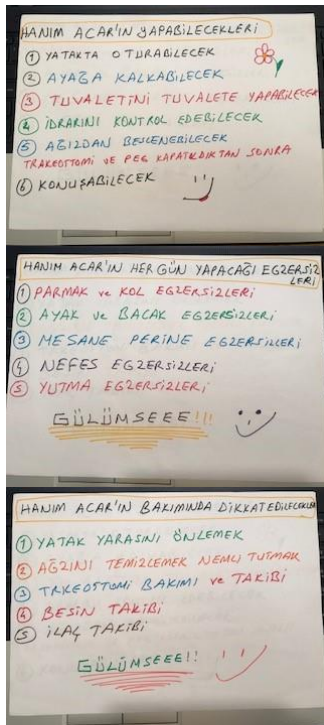
Yanına ilk girdiğimde el ve ayaklarını oynatmasını istedim. Çok zordu. 46 günün sonunda, gözlerini ve göz kapaklarını çok zor oynatır halde yoğun bakımdan çıkarılmıştı.

Yoğun bakımlarda öncelikli amaç, elbette hastanın hayati tehlikesinin atlatılmasıydı. Başlıktan da anlaşılacağı gibi yoğun bakımın amacı can kurtarmaktı. Ama hayati organlara yönelik can kurtarılırken diğer sistemlerde ve özellikle kas iskelet sisteminde çöküş yaşanıyordu. Bu da göz göre göre gerçekleşiyordu. Bu yüzden aslında her hastanın hareket kısıtlılığına yönelik olarak egzersiz programına alınması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bir taraftan can kurtarılırken diğer yandan da yatağa bağımlı kalan hastada komplikasyonlar kaçınılmaz oluyor. Bu da fizyoterapistlerce uygulanacak olan günlük egzersiz programlarının yoğun bakımların rutini haline gelmesiyle çözülecektir. Çünkü uzun süre yoğun bakımda yatan hastalar, hastaneden çıktıktan sonra yatağa bağımlı olmak zorunda değil. Onlar yine eski yaşantılarına dönebilir.

Biz bu konuda ne yapabildik? Annemin yanına her girdiğimde hemen ellerine, kollarına, ayaklarına ve bacaklarına egzersizler yaptırardım. En azından fleksiyon, ekstansiyon, ayak parmak ve topuklarını iterek annemin de itmesini istedim. Annemle şöyle konuştum: *“Hani önceden hasta olduğun vakitler yürümekte zorlanıyordun, yürüteçle yürüye yürüye tekrar yürüyebiliyordun, buradan çıkınca da egzersiz yapacaksın ve tekrar yürüyeceksin”* *“Buna inanıyorsun değil mi?”* Bu konuşmayı hep yineledim. Çünkü annem birkaç kez hasta olup

yattıktan sonra yürüyemez veya zor yürür hale geldiğinde birkaç hafta yürüyüş egzersizleri sonucunda yeniden eski yürüyüşleri yapabildiğini yaşayarak tecrübe etmişti. Annem de yoğun bakımdan çıkıp korkularından kurtulup normal konuşmaya başladığında şöyle demişti: “Serum takılmayan ellerimi ve ayaklarımı her gün oynattım.” Aslında onun da hiç yatmaya niyeti yoktu. Bu konuyla ilgili ve özellikle hemşirelerin gözden kaçırmaması gereken bir nokta var: Serum takılan, satürasyon veya tansiyon ölçümü için seçilen kolun olabildiğince değiştirilmesi. Çünkü hep aynı taraftan işlem yapılması o tarafta ödem oluşmasına ve daha da hareketsiz kalmasına yol açıyor.

Annemin ev tipi ventilatöre bağlı olarak yoğun bakımdan çıkarılması sürecine geçildiğinde fizik tedaviden konsültasyon istendi ve son günlerinde egzersiz programına başlandı. Ve bu aşamada bitik bir hale gelen anneme büyük puntolar ve renkli kalemlerle dakikalar içinde yazarak hazırladığım, içinde annemin yapabileceği beceriler olan yazıları anneme okutup onun yattığı yerden görebileceği bir duvara astım. Bana şimdi bile mutluluk veren bu yazıların fotoğraflarını burada paylaşıyorum. Bu kağıtlara neler yazmıştım:



Birinci kâğıt (HANIM ACAR'IN YAPABİLECEKLERİ)

1. Yatakta oturabilecek
2. Ayağa kalkabilecek
3. Tuvaletini tuvalete yapabilecek
4. İdrarını kontrol edebilecek
5. Ağızdan beslenebilecek
6. Konuşabilecek (Trakesotomi ve PEG kapatıldıktan sonra)

İkinci kâğıt (HANIM ACAR'IN BAKIMINDA DİKKAT EDİLECEKLER)

1. Yatak yarasını önlemek
2. Ağızını temizlemek, nemli tutmak
3. Trakeostomi bakımı yapmak ve takibi
4. Besin takibi
5. İlaç takibi
6. Gülümseme

Üçüncü kâğıt (HANIM ACAR'IN HER GÜN YAPACAĞI EGZERSİZLER)

1. Parmak ve kol egzersizleri
2. Ayak ve bacak egzersizleri
3. Mesane perine egzersizleri
4. Nefes egzersizleri
5. Yutma egzersizleri

C. Annemin sağ eli ve sağ ayağında soluna göre daha çok hareket kısıtlılığı ve daha çok güç kaybı vardı. Sağ elinde ve kolunda daha çok kontraktür gelişmiş, parmaklarıyla herhangi bir şeyi tutabilmesi mümkün değildi.

Bu konuyla ilgili olarak yoğun bakımdan itibaren mümkün olabildiğince parmak, el, kol, ayak ve bacak hareketleri (açma, kapama, itme/karşı güç uygulaması, germe) ile nemli bezle silip vazelinle masaj yaptım. Yoğun bakımda uzun yatmaya bağlı düşük ayak olabiliyordu. Ayaklarına her gün bilek ve parmak hareketleri yaptırardım. Annemden bu hareketleri kendi kendine yapmasını istedim. Tabii bu noktada yoğun bakım hemşirelik hizmetleri içinde yer alan hastanın günlük beden temizliği içinde el ve ayaklarının silinip vazelinle masajı önemli. Ardından fizyoterapistlerin egzersiz programları. Yoğun bakımın son günlerinde başlayıp palyatifte devam eden ve uzman eliyle yaptırılan bu egzersizler bize annemin hareket sınırlarının nasıl aşıldığı konusunda ışık olmuştu. Özellikle yatar durumda kalçasını havaya kaldırıp orada tutabilmesini hayretler içinde izlemiştik. Fizyoterapistin yaptırdığı hareketleri devam ettirdik. Bu hareketleri yaptırırken onar kez sayarak ve belli bir ritimde olmasına dikkat ettik. Sağ ayağı için egzersizler dışında tekerlekli sandalye ile gezintiye

çıktığımızda palyatifin oturma salonunda bulunan koltuklara annemi yaklaştırırken ondan ayak tabanı ve ucuyla geri itmesini istedik. Her gezintide bu uygulamayı rutinleştirdik. Annemi tekerlekli sandalyeden kaldırıp iki koluna girerek yürütmeye çalıştık. Duvarda bulunan barlara tutunup yürütmesine destek olduk.

Kasların yeniden yumuşatılıp kısıtlılıklarının giderilmesinde banyo çok önemliydi. Yoğun bakımda da silme banyoları yaptırılıyordu ama vücudun suyla yıkanması bambaşka idi. Palyatifte anneme banyo yaptırıldı. O günü hala mutlulukla hatırlıyorum. Abimle ikimiz havalara uçmuştuk. Annemize banyo yaptırılacaktı. Hem de trakeostomi varken. İnanılmazdı. Çünkü annem neredeyse 14 kilo vermişti, cildi kupkuruydu. Saçları iyice dökülmüştü. Hastaneye yatışının 51. gününde suyla yıkandı. Banyodan sonra sürdüğümüz kremle masaj yaptık. Artık boş duracak vaktimiz yoktu. Her sabah ellerini ılık su içinde 15 dakika bekletip ardından sürdüğümüz vazelin ve hametan krem karışımıyla dakikalarca masaj yapmaya devam ettik. Eczaneden ve internetten aldığımız parmak egzersizi sağlayan aparatlarla parmak egzersizleri, yatak ayak ucuna bağladığımız plates lastiklerine tutunup kol ve eli germe hareketleri, yine ılık suyun ardından yumuşayan el parmaklarını açarak sert bir karton üzerinde sargılarla tespit edilmesi. Bu konuya öyle yoğunlaşmıştık ki artık annem uyurken bile parmaklarını açıp kapatıyordu. Annem elbette yoğun bakım sonrası fizik tedavi merkezinde yatarak tedavi olabilirdi. Ancak pandemi şartlarında bu riskli bir durumdu.

Ve tığ işi. Annem normalde eliş yapmayı severdi. Ancak artık tığı bile tutamıyordu. Öncelikle yaptığı işleri ona gösterdik ve tekrar yapabileceğini söyledik. Ventilatörden ayrıldığı günler eline tığı verdik, zincir çekmesini istedik. Yapamadı, bıraktı. Sonra yine denedik. Biraz yaptı. Yine bıraktı. Sonra eğri büğrü zincir çekmeye başladı. Payatifte uzunca bir zincir ördü. Eve çıktıktan sonra renkli iplerle düz tığ işi yaptırdık, eğri büğrüydü. Olsundu. Her gün yaptırmaya devam ettik. Ablam ördüğü eğri büğrü örgüleri birleştirip yatak örtüsü yaptı. Ördüğü motifleri ağaçlara astık. Sağ eliyle sürekli uğraştık. Şeker hastası olduğu için sık sık tuvalete çıkıyordu, bezine yapabiliirdi ama mutlaka tuvalete yürüyerek götürdük, yürüteçle yürüttük. Tuvalette kendi iç çamaşırını ve pijamasını kendisinin indirip kendisinin kaldırmasını

istedik. Hastaneden çıktığı ilk hafta hamur yoğurttuk. Başlangıçta kaşık tutamazken, önlük takarak döke saça yemek yemesine izin verdik. Açma, germe hareketlerine devam ettik. Annemin evini tamamen yeniledik ve evdeki tüm kapı eşiklerini kaldırıp ayağa takılabilecek her şeyi ortadan kaldırdık. Tuvalet ve banyo duvarlarına tutunabileceği barlar yaptık. Annem şimdi kendi kendine tuvaletini ve temizliğini yapabiliyor, kendi kendine yemeğini yiyebiliyor, motifli çoraplar örüp, küçük yufkalar açıp börek yapabiliyor.

Bu konuda belirtmek istediğim konu: Annemin hareket kısıtlılığının giderilmesinde en büyük etken, yatağa bağımlı olduğu süreçte ve sonrasında yapılan planlı egzersizler, masajlar, hemşirelik bakım hizmetleri, moral destek, hastanın yaşama bağlılığı. Fakat her zaman bütün şartlar uygun olmayabiliyor. Ama en azından olmazsa olmaz yapılabilmesi mümkün olan şeyleri yapmakta yarar var. Bir de yoğun bakımlara fizyoterapistlerin istihdam edilip bu hizmetin rutin hale getirilmesi önemli.

D. Yatak Yarası

En büyük korkum yatak yarası açılmasıydı. Fakat hemşire ve hastabakıcıların özenli bakımıyla birkaç küçük “bül” oluşumunun dışında korktuğumuz başımıza gelmedi. Bariyer krem kullanılmış, temizliğine dikkat edilmiş ve özellikle sık sık pozisyonu değiştirilmişti. Pozisyon değiştirilirken de sırt, bacak araları, dizlerinin ve kollarının altı gibi vücudunun uygun yerleri yumuşak yastıklarla desteklenmişti. Yoğun bakımda yumuşak yastıklar çok önemliydi. Bir hasta için en az dört-beş yastık gerekliydi. Diğer kritik bir konu da altına serilen çarşafın en küçük bir kırışıklığın olmamasına özen gösterilmesi, topuk ve baş gibi dar ama sert bir şekilde yatakla temas eden yerlerin korunmasıydı. Yoğun bakım süreci böyleydi. Fakat palyatife çıktığımızın ikinci günü annemin tam da kuyruk sokumunda yatak yarası belirtisi başladı. Az kalsın bizim elimizde yatak yarası açılacaktı. Bunu fark eder etmez yastıklarla destek sağlayıp o noktayı baskıdan kurtarma yoluna gittik. Her an gözümüz o noktadaydı. Başardık. Beş gün sonunda annem zaten yatakta oturmaya başlamıştı.

E. Konuşamama

İkinci gün solunum cihazına bağlanan ve 34. gün de trakeostomi açılan annem konuşamadı. Onu ilk gördüğümde bana bir şeyler söylemeye çalışmıştı ben de onu anlamaya. Anlayamadım. İkinci görüşümde elimde defter kalemle girdim.

Sağ elinde serum olduğu için sol eliyle anlatmak istediği kelimeyi yazmasını istedim. Urban yazabildi. “*Kurban bayramında büyük abimin yanına ve köye gitmek istiyordu.*” Bir sonraki görüşümde alfabeyi yazıp girdim. Hangi harfi istiyorsa onu göstermesini istedim. Çok zordu. Bazen bir kelime anlayabiliyordum. Yanından ayrıldıktan sonra bu kelime üzerine kafa yorup ne demek istediğini anlamaya çalışıyorduk. Zaten zaman geçtikçe anlatmak da istemedi. Bir de üst üste extübe edilip tolere edemeyince motivasyonu da düşmüştü. Fakat onun konuşabileceğine olan inancımızı hiç yitirmedik. Trakeostomi kapatıldıktan sonra yavaş yavaş sesini çıkarabilmeyi öğrendi. Korkuları ve halüsinasyonları nedeniyle kesik kesik kısa konuşmaları bu korkuları geçince normale döndü. Trakeostomisi kapatıldıktan yaklaşık üç ay sonra kendi cep telefonunu eline verdik. Açıp kapatmayı yeniden öğrettik. Zorlandı. Açamadı, kapatamadı. Günler geçti. Şimdi annem eskisi gibi telefonu çalınca açıp cevap verebiliyor.

F. Halüsinasyon ve uykusuzluk

Uzun süre yoğun bakımda yatan hastalarda halüsinasyon ve uyku bozukluğu olabilir. Yoğun bakımda annem işaretli bir şeyler söylemeye çalışmıştı. Ben de yoğun bakımda fare gördüğü şeklinde anlayıp kendisinden teyit etmesini istemiştik. Evet, gerçekten de annem büyük bir fare görmüştü. Hemen bunu yoğun bakım hemşiresine söyledim. Kendisi fare olmayacağını yine de kontrol edeceğini bildirmişti. Sonrasında palyatife çıkınca annem yatakta bacaklarında böcekler ve karıncalar gördüğünü söylemeye başladı. Biz de ona öyle olmadığını korkmaması gerektiğini söylemeye çalışırken diğer yandan da annemizi öyle görmek bizi üzmüştü. O zaman anladım ki annem yoğun bakımda da halüsinasyon görmüştü. Günün 12 saati uyuyan annem, artık uyuyamıyordu. Bir yandan uykusuzluk bir yandan gördüğü halüsinasyonlar annemin normal iletişim kurabilmesine de engeldi. Artık annem normal iletişim kuramıyordu. Bu noktada hastaneden çıkıp annemi tekerlekli sandalyeyle gezintiye çıkardığımızda onu önceden tanıyanların verdiği tepkiler de önemliydi. Eğer “ümitsizce ve acıyarak bakarlarsa” insan gerçekten üzülüyordu. Aksine normal davranıp eskisi gibi iletişim kurmaya çalışırlarsa bize de moral oluyordu. Açıkçası bu dönemde ona karşı bilinçli bir tutum sergilememiz en önemli destekti. “Neden böyle oldu” sorusu yerine “biz senin yanındayız”

mesajını vermek gerekirdi. Bunun için annemin yaşadıklarının onun üzerinde bıraktığı bu istenmeyen durumu hafifletmenin veya yok etmenin yolu onunla iletişimde olan kişileri eğitmektir. Anneme nasıl davranılacaktı? Neler konuşulacaktı ve nasıl konuşulacaktı? İlk iş, annemde görülen bu durumun normal olduğunu, bunun nasıl aşılabileceğini, onunla nasıl konuşmaları gerektiği gibi konularda bilgilendirici bir not yazıp paylaştım. Ailenin diğer üyeleri de üzüntülerini gösteren değil destekleyen bir tutumla iletişim içine girmeliydiler. Ancak bu durumunun üstesinden gelmek gerektikten de zor bir süreçti. Çünkü kendisi uyumadığı gibi bizi de uyutmuyordu. Artık fiziken de çok yoruluyor, yoruyordu. Bu dönemde doktorumuzdan uyku ilacı istedim. Altı ay antidepresan kullandık. En önemlisi onu sevdiğimizi, yalnız bırakmayacağımızı gösterdik. Kendini güvende hissetti. Şimdi annem yoğun bakımda fare görmüş olabileceğini veya belki de yanıldığını itiraf edebiliyor. Uykusu eskisi gibi değil ama en azından halüsinasyonları yok ve sadece ara ara uykuda korkuyor.

G. Yutma güçlüğü, besin takibi, ağız bakımı

Annem entübe edildikten sonra nazogastrik sonda ile beslenmeye başlamıştı. Extübe edildiği zaman çorba ve yoğurt verilmiş, ancak tolere edemeyip yeniden entübe edilince nihayet trakeostomi ve ardından PEG (mideye direkt açılan tüple) ile beslenmeye başlamıştı. Bu süreçte burun ve boğaz mukozaları tahriş olmuş, yaralar oluşmuştu. Annem yemeği çok severdi. Palyatifte refakatçi olarak bana yemek geldiğinde tepsiyi gizlice almaya çalışırdım. Ancak ne kadar saklasam da annem yemek geldiğini bilirdi. Bazen gözünü çevirir ama “*bıcımık bana da versen*” demekten de geri durmazdı. Trakeostomi ile ventilatör ve oksijen desteği varken ağızını sürekli karbonatlı su ve temiz pamuklarla temizleyip boğazında biriken sekresyonu parmaklarımla aldım. Burnunu da ıslak pamuklarla silip vazelin ve hametanla yaralarını yumuşatmaya çalıştım. Sabah 06.00’da başlayıp gece saat 12.00’da son bulan PEG’den mama takibi yaptım. PEG bakımını başlangıçta hemşireler yaparken zamanla PEG bakımını öğrendim. Mama giderken mideye verilen mamanın aspire edilmemesi için annemin başının daima gövdesinden yüksekte olmasına dikkat ettim. PEG pansumanındaki sargı bezine çıkan akıntıyı kontrol ederek değişiklik durumu hemşirelere bildirdim.

PEG'den verilen mama miktarı ile çıkan idrar miktarını kontrol ettim. Ventilator ve oksijen desteği kesilince ilk ağızdan beslenme, doktorumuz tarafından mamanın yoğunlaştırılmasıyla gerçekleştirildi. O dakikaları hala mutlulukla hatırlıyorum. Annem yutabiliyordu. Ardından bir kaşık da su verdi. Ancak yine de yutma testi yapılmalıydı. Çünkü annemim hastalık öyküsünde aspirasyon pnömonisi vardı. Bu iş, şansa bırakılmazdı. Yutma testi yapıldı. Ancak suyu yutabilen annem yoğurdu yutarken boğazından soluk borusuna yoğurt atıkları takılmıştı. Katı besin yani yoğurt ve çorba vermeyin denildi. İnanılmaz bir hayal kırıklığı yaşamıştım. Ve bu hayal kırıklığı testi yapan doktor ve yutma terapistine “yanlışlık olabileceği, anneme çorba ve yoğurt verdiğimi, boğazının zaten çok tahriş olduğu, bu durumun normal olabileceği, annemin yutabileceği” gibi tepkili sözlerle gösterdim. Ama durum buydu. Annem şimdilik yutamıyordu. Ancak bir gün önce kaşıkla hem suyu içen hem de yoğunlaştırılmış mama yiyen de annemdi. Biraz da risk alarak yoğunlaştırılmış mamayı ve yoğurdu vermeye devam ettim. Tabi ki çok az miktarda. Suyu yutabildiğini söyledikleri için yemek dağıtıcısından diyabetik komposto da aldım. Derken yoğunlaştırılmış mama yiyebildiği için sebze püresi de istedim. Azar azar vermeye devam ettim, verirken de her verdiğim besini kaydetmeye başladım. Çünkü amacım annemin yutabildiğini göstermek PEG'in çıkarılması için veri oluşturmaktı. Ne yazık ki yutma testi yapılmadan buna karar vermek mümkün değildi. Hem PEG'in çıkarılması için aceleyle gerek yoktu. Nihayet annem hastaneden PEG'li olarak çıktı. Ancak eve geldiğimizden itibaren yemeklerinin çoğunu ağızdan vermeye başlayıp ilaçlarını ve mamanın bir kısmını PEG'den verdim. Hastaneden çıkışının 22. günü PEG kapatıldı. PEG'in kapatılması da sorundu. Çünkü annem burun ve boğazından işlem yapılacağını anlayınca ajite olmuş doktorlar işlemi yapamamışlardı ve anestezi altında yapılması için yeniden gün alındı. Doktorlar her ne kadar PEG için bu kadar dert etmememizi salık verseler de hem annem hem de biz PEG'den psikolojik olarak olumsuz etkilenmiştik. Ayrıca sondadan zaman zaman mide içeriğinin gelmesi, üstüne üstlük PEG çıkarıldıktan sonra da mide içeriğinin dışarı sızması gerçekten çok ürkütücü bir manzara idi. Bu durumda yapılabilecek şey kapatılan PEG deliğinin üzerini gaz tamponlarla sıkıca

yapıştırılması idi. Bu durumun çok da korkulacak bir şey olmadığı, bazen bunun uzun bir süre devam edebileceği gibi bir bilgi sonucu rahatlamıştım. Çok şükür bizimkisi uzun sürmemişti. Annem suyu önceleri kaşıkla içerken sonraları bardakla her yudumdan sonra dinlenerek içmeye, çok uzun bir süre sonra da ard arda aldığı yudumları içmeye başladı. Arada boğazına su, bulgur gibi besinler de kaçmadı değil. Ancak annem yoğun bakımdan önce de boğazına bir şeyler kaçırdı ki!

Yutma için biz neler yaptık: Yutma fizyoterapisti bize bu konuda egzersizler öğretmişti. Neydi bu egzersizler: İki metal kokteyl çubuğunu yıkayıp buzlukta beklettik. Aynı zamanda su dolu bir şişeyi de buz tutturduk. Her gün buzlu suyun içine batırıp çıkardığımız bu çubuklarla annemin boğazını küçük dil hizasında “m” harfi çizer gibi 200 kez uyardık. Önce biriyle 10 tekrar yapıp ardından diğerini buzun içinden alıp dönüşümlü olarak devam ettik. Tahta abeslangla annemin dilini iki yana ve içe doğru iterken ondan da karşı güç uygulamasını istedik. Aynı zamanda yutar gibi yapmasını istedik. Bu egzersizler gerçekten hasta için irite edici olduğu gibi bizim için de kolay değildi. Başlangıçta bu egzersizi yapamayacak gibiydik. Ancak işin başına geçince olabildiğini görüp azimle devam ettik. Çünkü hem solunum egzersizleri hem de kokteyl çubuğuyla yaptırdığımız egzersizler annem için de zordu. Her defasında yapmak istemiyor ancak bizim kararlı tutumumuza boyun eğmek durumunda kalıyordu.

H. Altına kaçırma

Annem yoğun bakımdan çıktığında bezli ve idrar sondalıydı. Ventilatörden kurtulup yatağında oturmaya başladığı andan itibaren ona tuvaletini tutmasını söyledim. Dışkısını beze değil lazımlığa yaptıracaktım. O da tuttu. Tabi ki çok zor bir karardı. Çünkü hareketsiz bir kişiye bakan için, bez rahatlıktı. Yatak sürgüsüyle başladık. Bu süreci Palyatifte geçirdiğim için yardım eden hastabakıcıların olması işimi kolaylaştırıyordu. Bazen tek başıma kalıyor, annemi çevirmekte zorlanıyordum. Ancak kısa sürede başlayan egzersizlerin de yardımıyla annemi yatağın yanına koyduğum seyyar tuvalete oturtmaya başladım. Bu sürecin hastanede yaşanmasının diğer bir avantajı da annemi seyyar tuvalete oturtma esnasında altına kaçırması durumunda kirlenen yeri çabucak kağıt havlularla kurulayıp ardından ıslak mendillerle silerek kolayca temizleyebiliyordum. Ev ortamında ilk başta

belki de bu imkana sahip olamayacak, annemin tuvalete oturması gecikecekti. Bu süreçte annemin bakımıyla ilgili bazen benim aklıma gelmeyen ayrıntıların varlığını göstererek biricik annesiyle ilgili yaşadığı deneyimleri paylaşan, bana yol gösteren, aklıma takılan sorularımı sabırla cevaplayan başka bir arkadaşımın desteğini de belirtmem gerek. Mesela annem ne kadar tuvaletini artık tuvalete yapıyorsa da altına kaçırabiliyordu. Yetişkinler için kullanılan bez hem kullanım açısından hem de hasta için çok da rahat değildi. Ayrıca daha maliyetli idi. Bunun yerine kullanılacak bebek bezi hem amaca hizmet ediyor, hasta rahat ediyor hem kullanımı kolay hem de daha ekonomikti. Kenarlarındaki lastikli kısım çıkartıldıktan sonra yenidoğan bebek bezi bunun için yeterliydi. Uzun süre yatan annemin perine bölgesinde yoğun bir yağ tabakası birikmişti. Bu birikintinin temizlenmesi epey zaman aldı. Yine uzun süre ağızdan normal beslenememe sonucu da normal beslenmeye başladığında kabızlık yaşamıştı. Gerçekten bu sorunun üstesinden gelmek de sabır işiydi. Hem beslenmesini buna göre düzenlemek gerekiyordu hem de zayıflayan kaslarına destek olmak. Örneğin çok defa eldiven takıp bol zeytinyağı ile oluşan tıkaçları açmaya çalışmıştım.

İ. Solunum güçlüğü

Yoğun bakımın anneme olan iyiliği entübe edilerek solunum desteğiyle başlamıştı. Çünkü belki solunum desteği olmasaydı annem hayatta olmayacaktı. Ama kötülüğü de bu değil miydi? Çünkü entübe edilmeseydi, başına bunca dert de açılmayacaktı. Çünkü entübe edilmesiyle yatağa bağımlı hale geldi ve hareketsiz kaldı. Hareketsiz kaldığı için solunum yolunda sekresyon birikti, sekresyonu atamayınca solunumu güçleşti ve saturasyonu daha da düştü, panik ve deliryum gelişti, extübe edilmeyi tolere edemedi. Ağızdan beslenemedi. Önce nazogastrik yoldan beslendi. COVID-19 endişesi ve kısıtlamaları nedeniyle yeterli fizik tedavi ve solunum terapisi desteği alamadı. Extübe edilmeyi tolere edebilme şansı kalmayınca trakeostomi açıldı. PEG açılmak zorunda kalındı. Konuşamadı, konuşamayınca daha da ajite oldu. Elleri ayakları yatağa bağlandı. Sonuçta can kurtarıcı yoğun bakım, canın kurtarılması gereken yoğun bakım oldu. Bu yüzden entübe kararı vermenin ne kadar kritik bir karar olduğuna dikkat çekmek istiyorum. Çünkü entübe edildikten sonra geriye dönüş de artık çok zor bir süreç. Annem

hangi kriterlere göre entübe edilmişti? Neden entübe edildi? Entübe edilmeme şansı var mıydı? Bu soru üzerinde durmadık. Sadece bugüne şükrediyoruz. Ama yoğun bakım için çok önemli bir soru olmalı. Çünkü sonrasında yaşanan sorunlar kaçınılmaz!

Annem entübe edildikten sonra solunum terapisi desteği alamadı. Bu çok önemli bir ayrıntıydı. Ancak COVID-19 pandemi sürecinde ve yeterli solunum terapisti de olmayınca yoğun bakımın ihtiyacı olan bu hizmet verilemedi. Belki annem trakeostomi açılmadan bu hizmeti alabilseydi extübe edilmeyi tolere edebilirdi. Bu yüzden yoğun bakımlar için “solunum fizyoterapisi” bir lüks değil olmazsa olmaz kritik bir sağlık personel. Çünkü yeterli bir solunum için solunum terapisi çok önemli. Eğer yeterli solunum egzersizi sağlanabilmiş olsaydı belki de annem extübe edilebilir ve trakeostomi açılmak zorunda kalınmaz ve sonrasında yaşanan problemler de yaşanmazdı. Sorun sadece hastada görülen ilave rahatsızlıklar değildi elbette. Yoğun bakımın iş yükünün artması yanında tedavi ve bakım masraflarının da artması söz konusuydu.

Palyatif doktorumuzun annemi mekanik ventilasyondan ayırma girişimi, aslında bize en büyük iyilikti. Çünkü solunum yolunu bağımlı olmaktan kurtarınca diğer bağımlılıkların da üstesinden gelebilme için şansımız doğmuştu. Yine bu noktada tamamen kişisel yardım talebimize karşılık vererek solunum terapisi hakkında kısa bilgi aldığımız ve en önemlisi de trakeostomili iken yapılacak önemli solunum egzersizlerini öğrendiğimiz solunum fizyoterapistinin ne denli önemli olduğuna dikkat çekmeliyim. Pandemi şartlarında kısıtlı birimlere hizmet verdiklerinden hastanedeki gereksinimi olan tüm hastalara da “solunum terapisi hizmeti” vermeleri mümkün değildi. Zaten normal şartlarda da sayıları yetersizdi ki!

Trakeostomili, mekanik ventilasyon ve oksijene bağımlı, PEG’li, bezli ve idrar sondalı yaşlı bir hastanın bakımı ve yaşam kalitesiyle normal solunum alabilen, ağızdan beslenebilen, tuvaletine gidip kişisel bakımını yapabilen yaşlının bakımı ve yaşam kalitesi arasında dağlar kadar fark vardı. Bir yanda bakım zorluğu, enfeksiyon başta olmak üzere her an gelişebilecek komplikasyonlar, hastanın yaşamdan koparak psikolojik olarak çöküntü içinde olması, diğer yanda bakım kolaylığı ve yaşamdan zevk alma şansı elde etmiş bir hasta.

Bu yüzden bir hastanın solunumunu nasıl sağladığı çok önemli.

Biz solunum için neler yaptık: Annem mekanik ventilasyondan ayrıldıktan sonra, derin nefes alıp verme egzersizi, vibrasyon, perküsyon, aspirasyon uyguladık. En önemlisi solunum terapistinin bize aldirdığı cihazı trakeostomisine takarak her gün 15 dakika ile iki tekrar yaptırdığımız solunum egzersizi. Burada amaç; annem trakeostomisi kapatıldıktan sonra da spontan solunumu tolere edebilmeliydi.

SON NOT

- ✚ Ve annem kendi kendine solunumu tolere edebildi ve sonraki iyileşmeler çorap söküşü gibi geldi.
- ✚ Ve annem sanki yeniden doğdu...
- ✚ Nefes almayı, yutmayı, kişisel temizliğini kendisi yapmayı, yürümeyi, el işi yapmayı, telefon kullanmayı yeniden öğrendi...
- ✚ Ve sanki ikinci hayatını yaşıyor...
- ✚ Ve babam ona iyi davranıyor...
- ✚ Ve annem bahçeye çıkıp gezinebiliyor...

- ✚ Ve annem köye gidip orada kalma planları yapabiliyor...
- ✚ Ve anneme hiç söylemediğim kadar güzel sözleri söyleyebilme şansım oldu ve söylüyorum...
- ✚ Ve annem mutlu...

YOĞUN BAKIM İÇİN ÖNERİLER

- Entübasyonun yoğun bakım hastasında nelere yol açacağı bilinerek bu karar alınmalı.
- Yeni yapılacak yoğun bakımlar mimari olarak camekanlı bölmelerden hastaların görülebileceği ve hasta ziyaretine elverişli olarak inşa edilmeli.
- Hastaların el ve ayaklarının bağlanması konusunda neler yapılabilir konusu araştırılıp en doğru yol bulunmalı.
- Solunum, yutma ve fiziksel egzersizler için fizyoterapist kadroları açılıp istihdamı sağlanmalı.
- Uzun süre yatan ve özellikle iletişimlerinin bozulduğu düşünülen hastalarla iletişime devam edilmeli.

ANNEMİN YOĞUN BAKIM SÜRECİ

1. GÜN	Bilinç bulanıklığı, dilde peltekleşme, pulmoner emboli, CVO nedeniyle acil'e götürüldü ve yatışı yapıldı. COVID-19 pandemisi nedeniyle covid şüphelisi olarak kabul edildi.
3. GÜN	Entübe edildi.
14. GÜN	İki test negatif çıkınca Covid dışı yoğun bakıma alındı.
34. GÜN	Dört kez entübe, üç kez extübe edilip tolere edemeyince Trakeostomi açıldı.
37. GÜN	PEG açıldı.
47. GÜN	Palyatife alındı. TANILAR: pnömoni-septisemi-ateş-hemipleji-dekibitus.
49. GÜN	Egzersiz, yutma ve solunum terapisi isteğinde bulunuldu.
50. GÜN	Ev tipi ventilasyon cihazından ayrıldı.
53. GÜN	Fizyoterapist ile egzersizlere başlandı.
58. GÜN	İdrar sondası çıkartıldı.
62. GÜN	Trakeostomi çıkarıldı. Tığ işi başladı.
64. GÜN	Ağızdan beslenmeye başladı.
68. GÜN	Hastaneden taburcu edildi.
90. GÜN	PEG çekildi.
115. GÜN	Oturduğu yerden kendisi kalkabildi.
137. GÜN	Sandalyeden kalktı, tualete gitti, külotunu çekti, yatağına döndü.
159. GÜN	Kendi telefonu eline verildi. Kullanımı öğretildi.

KAYNAKLAR

1. Çakır E., Kocabeyoğlu G. M., Gürbüz Ö., Baltacı Özen S., Mutlu N. M., Özkoçak Turan İ. Yoğun bakım ünitesinde mortalite sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2020;53(1):20-24.