



Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

2. Uluslararası
8. Ulusal

Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi

10-13 Ekim 2018

"Daha fazla güç ve otonomi için..."



Grand Yazıcı Club Turban

KONGRE KİTAPCIĞI

MARMARİS

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği olarak sizleri 10-13 Ekim 2018 tarihleri arasında Marmaris, Grand Yazıcı Club Turban Otel’de düzenlenecek olan 2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi’ne davet etmenin mutluluk ve onurunu yaşıyoruz. Ülkemizde şimdiye kadar gerçekleştirilen Yoğun Bakım Hemşireliği Kongreleri bilimsel etkinlikleri gerçekleştirmenin yanı sıra sosyal anlamda da yoğun bakıma gönül veren tüm meslektaşlarımızı bir araya getirmekle dikkat çekmiştir.

İki yılda bir gerçekleştirilen Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi’ni tüm yoğun bakım hemşirelerinin özlemle beklediklerine inanıyoruz. Derneğimiz ilk Uluslararası kongresini 2014 yılında gerçekleştirdi. 2018 yılında da 2. Uluslararası Kongremizin heyecanını yaşıyoruz. Yurt içi ve yurt dışından çok sayıda bilim insanının katkıları ile yoğun bakım hemşireliği ile ilgili gelişmelerin ve sorunların tartışıldığı coşkulu bilim ortamında hep birlikte olacağız.

Kongre dili Türkçe ve İngilizcedir. Sunumlar sırasında salonda eş zamanlı tercüme olanağı sunulacaktır. Kongremizde sunulacak sözlü ve poster bildiriler derneğimizin yayın organı olan Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi’nde yayınlanacak ve en iyi bildiriler ödüllendirilecektir.

TYBHD Yönetim Kurulu olarak sizlere layık olması için çalıştığımız kongremizin başarısı katılımınıza ve değerli katkılarınıza bağlıdır. Kongremizde buluşmak üzere TYBHD Yönetim Kurulu adına en içten sevgi ve saygılarımı sunarım...

Saygılarımla,

Ebru KIRANER

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Başkanı

İÇİNDEKİLER

*** KURULLAR**

*** BİLİMSEL PROGRAM**

11 Ekim - 12 Ekim - 13 Ekim

*** KURSLAR**

*** SUNUMLAR**

• Konuşma Metinleri

• Sözlü Sunumlar

• Poster Sunumlar

*** SPONSORLAR**

*** İLETİŞİM**

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dernek Başkanı
Ebru Kıraner

Başkan Yardımcısı
Aycan Kelez Yayık

Genel Sekreter
Tülay Yakut

Sekreter
Semine Aydoğan

Veznedar
Ömer Doğanay

Muhasip
Duygu Gündöndü Kars

Üye
Banu Terzi

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Sibel Afacan

Türkiye

Özlem Alkaya

Türkiye

Anas Amr

Suudi Arabistan

Semine Aydoğan

Türkiye

Pakize Aygün

Türkiye

Burcu Bayrak Kahraman

Türkiye

Ebru Melek Benligül

Türkiye

Nina Borisova

Bulgaristan

Süha Bozbay

Türkiye

Gülçin Bozkurt

Türkiye

Sevim Çelik

Türkiye

Nazmiye Filiz Çorbacıoğlu

Türkiye

Fatma Demir Korkmaz

Türkiye

Oktay Demirkıran

Türkiye

Yalın Dikmen

Türkiye

Yurdanur Dikmen	Türkiye
Ömer Doğanay	Türkiye
Özlem Doğu	Türkiye
Asiye Durmaz Akyol	Türkiye
Sevilay Erden	Türkiye
Perihan Ergin Özcan	Türkiye
Yasemin Ergün Akbal	Türkiye
Làzaro França	Brezilya
Adriano Friganovi	Hırvatistan
İlka Gorgieva	Bulgaristan
Sonay Göktaş	Türkiye
Duygu Gündöndü Kars	Türkiye
Gül Güneş Çelik	Türkiye
Kezban Hamdemir	Türkiye
Abdulkareem İblasi	Suudi Arabistan
Aycan Kelez	Türkiye
Gülbahar Keskin	Türkiye
Ebru Kıraner	Türkiye
Emine Kol	Türkiye
Selmin Köse	Türkiye
Juliet Kwadzodeh	Gana
Meral Madenoglu Kıvanç	Türkiye
Joseph James Jefa	Kenya
Çiğdem Ozman	Türkiye
Besey Ören	Türkiye
Hatice Dilek Özkan	Türkiye
Nilay Sağnak Genç	Türkiye
Deniz Sezgin	Türkiye
Duygu Sönmez Düzkaya	Türkiye
Tuğba Sözen	Türkiye
Sevim Şen	Türkiye
Merdiye Şendir	Türkiye
Kezban Şirin	Türkiye

Lütfi **Telci**

Türkiye

Banu **Terzi**

Türkiye

Berrin **Tunalı**

Türkiye

Emine **Türkmen**

Türkiye

Bilgen **Uçak**

Türkiye

Esra **Uğur**

Türkiye

Sevim **Ulupınar**

Türkiye

Tuğhan **Utku**

Türkiye

Sandro **Vidmanić**

Hırvatistan

Tülay **Yakut**

Türkiye

Susan **Yeager**

Amerika

Semra **Yurdakul**

Türkiye

Neriman **Zengin**

Türkiyr

11 Ekim 2018, Perşembe		
Saat	Salon A	Salon B
08.00 – 08.30	KAYIT – AÇILIŞ	
08.30 – 09.00	KONFERANS: YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİ NASIL GÜÇLENDİRELİM Oturum Başkanı: Gülçin Bozkurt <i>Konuşmacı:</i> Sevim Ulupınar	
09.00- 10.00	PANEL: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNİN GELİŞİMİ Oturum Başkanları: Emine Türkmen, Yasemin Akbal Dünden Bugüne Dünya’da Yoğun Bakım Hemşireliği <i>Konuşmacı:</i> Lazaro França Dünden Bugüne Türkiye’de Yoğun Bakım Hemşireliği <i>Konuşmacı:</i> Besey Ören Yoğun Bakım Hemşireliğinin Geleceğine Yolculuk <i>Konuşmacı:</i> Adriano Friganovic	
10.00 – 10.30	KAHVE MOLASI	
10.30 - 11:30	TARTIŞMALI FORUM; Daha Fazla Güç ve Ötonomi Kazanmada; Engeller ve Çözüm Önerileri Forum Yöneticileri: Gülçin Bozkurt, Besey Ören, Emine Türkmen	
11.30 – 12.00	UZMANI PAYLAŞIYOR Yoğun Bakım Etiği Lütfi Telci	UZMANI PAYLAŞIYOR Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hukuki Sorumluluğu Çiğdem Özmen
12.00 – 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.00 – 14.00	PANEL: ORGAN DESTEK SİSTEMLERİ Oturum Başkanları: Yalım Dikmen, Semine Aydoğan ECMO <i>Konuşmacı:</i> Hatice Dilek Özkan Sürekli Renal Replasman Tedavisi <i>Konuşmacı:</i> Yalım Dikmen Karaciğer Destek Sistemleri Özgür Sönmez	PANEL: YOĞUN BAKIM’DA NUTRİSYON YÖNETİMİ Oturum Başkanları: Lütfi Telci, Perihan Ergin Özcan Yoğun Bakım Hastasında Nutrisyonel Risk <i>Konuşmacı:</i> Perihan Ergin Özcan Kritik Hastada Nutrisyon Hedefleri <i>Konuşmacı:</i> Özlem Alkaya Nutrisyonda Hedefe Ulaşmanın Önündeki Engeller <i>Konuşmacı:</i> Ebru Kıraner
14.00- 15.00	PANEL: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE BİLİŞİM ve BAKIM TEKNOLOJİLERİ Oturum Başkanları: Merdiye Şendir, Oktay Demirkıran Yoğun Bakımda Teknolojinin Etkin Kullanımı <i>Konuşmacı:</i> Merdiye Şendir Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitiminde Simülasyon <i>Konuşmacı:</i> Esra Uğur Yoğun Bakımda Bilişim Sistemlerinin Kullanımı Konuşmacı: Ömer Doğanay	PANEL: İNVAZİV ARAÇ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR Oturum Başkanları: Besey Ören, Pakize Aygün Damar İçi Kateter İlişkili Enfeksiyonlar Konuşmacı: Tuğçe Şahin Tırtıl Ventilatör İlişkili Pnomoni Konuşmacı: Sibel Afacan Üriner Kateter İlişkili Enfeksiyonlar Konuşmacı: Pakize Aygün
15.00-15.30	KAHVE MOLASI	
15.30-16.00	KONFERANS: CLINICAL INDICATORS in ICU - YOĞUN BAKIMDA KLİNİK İNDİKATÖRLER Oturum Başkanı: Sandro Vidmanic <i>Konuşmacı:</i> Joseph James Jefa	KONFERANS: HEDEFE YÖNELİK SICAKLIK YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Esra Uğur <i>Konuşmacı:</i> Süha Bozbay
16.00-16.30	KONFERANS: POST-ICU SYNDROME - YOĞUN BAKIM SONU SENDROMU Oturum Başkanı: Banu Terzi <i>Konuşmacı:</i> Susan Yeager	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanları: Neriman Zengin, Selmin Köse
16.30- 17.30	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanları: Esra Uğur, Sonay Göktaş	

11 Ekim 2018, Perşembe		
Saat	Salon A	Salon B
18.00 – 19.00	SOSYAL KONFERANS DEĞİŞEN SAĞLIK PARADİGMASI Doç. Dr. Deniz Sezgin Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi	

12 Ekim 2018, Cuma		
Saat	Salon A	Salon B
08.30 – 09.30	PANEL: TRAVMA YOĞUN BAKIM Oturum Başkanları: Sevim Çelik, Abdulkareem İblasi Kafa Travmalı Hastanın Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Kezban Şirin Batın Travmalı Hastanın Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Sonay Göktaş Travma Hastasında DVT Profilaksisi <i>Konuşmacı:</i> Aycan Kelez Yayık	PANEL: PEDIATRİK YOĞUN BAKIM Oturum Başkanları: Selmin Köse, Ebru Melek Benligül Kaynakları Sınırlı Olan Ülkelerde Çocuk Yoğun Bakımlar <i>Konuşmacı:</i> Selmin Köse Çocuk Hasta Kabulü – Vaka Sunumu <i>Konuşmacı:</i> Tülay Yakut Çocuk Hastanın Değerlendirilmesi ve İzlemi <i>Konuşmacı:</i> Tuğba Sözen
09.30 – 10.00	KONFERANS: HEMŞİRELİK BECERİLERİNİN HEMODİNAMİK İZLEMENİN DOĞRULUĞU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ Oturum Başkanı: Nilay Sağnak Genç <i>Konuşmacı:</i> Anas Amr	KONFERANS: AİLE MERKEZLİ BAKIM Oturum Başkanı: Aycan Kelez Yayık <i>Konuşmacı:</i> Gülçin Bozkurt
10.00 – 10.30	KAHVE MOLASI	
10.30 – 11.30	PANEL: İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTALARDA KANITA DAYALI BAKIM Oturum Başkanları: Sonay Göktaş, Joseph James Jefa Oral Kavite Bakımı <i>Konuşmacı:</i> Gül Güneş Çelik Mekanik Ventilasyonda Prone Pozisyonunun Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Sevim Çelik Planlanmamış Ekstübasyonun Önlenmesinde Hemşirenin Roller <i>Konuşmacı:</i> Semine Aydoğan	PANEL: YB'DA HASTA ve ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ Oturum Başkanları: Meral Madenoğlu Kıvanç, Sibel Afacan YB'da Güvenli Hasta Teslimi <i>Konuşmacı:</i> Duygu Gündöndü Kars YB'da Güvenli Hasta Transportu <i>Konuşmacı:</i> Semra Yurdakul YB'ın Çalışan Güvenliği Açısından Riskleri <i>Konuşmacı:</i> Nilay Sağnak Genç
11.30 – 12.00	KONFERANS: MANAGEMENT of QUALITY in ICUS - YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Adriana Frigoviç <i>Konuşmacı:</i> Sandro Vidmanić	UZMANI PAYLAŞIYOR Beyin Ölümü ve Donör Bakımı Tuğhan Utku
12.00 – 13.00	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.00- 13.30	KONFERANS: NON INVAZİV MEKANİK VENTİLASYONDA HASTA BAKIMI Oturum Başkanı: Berrin Tunalı <i>Konuşmacı:</i> Ebru Melek Benligül	UZMANI PAYLAŞIYOR Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi 2018 Kezban Hamdemir
13.30 – 14.30	PANEL: YAŞAM SONU BAKIM Oturum Başkanları: Lazaro França, Tuğhan Utku Yaşam Sonu Bakım Uygulamaları <i>Konuşmacı:</i> Lazaro França Yaşam Sonu Bakımda Semptom Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Yurdanur Dikmen Onurlu, Saygın Ölüm <i>Konuşmacı:</i> Berrin Tunalı	PANEL: AĞRI - SEDASYON ve DELİRYUM MONİTÖRİZASYONU Oturum Başkanları: Kezban Şirin, Özlem Alkaya Yoğun Bakımda Ağrı Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Sevilay Erden Yoğun Bakımda Sedasyon Yönetimi <i>Konuşmacı:</i> Nazlı Çelen Yoğun Bakımın Gizli Tehlikesi; Delirium <i>Konuşmacı:</i> Özlem Doğru
14:30 – 15.00	KONFERANS: BASINÇ YARALARINDA HEMŞİRELİK; YENİDEN KONUMLANDIRMA UYUMLULUĞU, KAVRAM ANALİZİ ve ÖLÇME YAKLAŞIMLARI Oturum Başkanı: Fatma Demir Korkmaz <i>Konuşmacı:</i> Abdulkareem İblasi	KONFERANS: SEPSİS FARKINDALIĞI ve YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Yurdanur Dikmen <i>Konuşmacı:</i> Oktay Demirkıran

12 Ekim 2018, Cuma		
Saat	Salon A	Salon B
15.00 – 15:30	KAHVE MOLASI	
15.30 – 16.30	PANEL: YB HEMŞİRELİĞİNDE EĞİTİM ve UZMANLAŞMA Oturma Başkanları: Sevim Şen, Juliet Kwadzodeh	PANEL: KORONER YOĞUN BAKIM Oturma Başkanları: Sevilay Erdem, Asiye Durmaz Akyol
	YB Hemşireliğinde Uzmanlaşma <i>Konuşmacı:</i> Yasemin Akbal	Akut Koroner Sendromlar ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları <i>Konuşmacı:</i> Besey Ören
	YB Hemşireliği Eğitimi <i>Konuşmacı:</i> Emine Türkmen	Kalp Yetersizliği ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları <i>Konuşmacı:</i> Neriman Zengin
	Education of Critical Care Nursing in Different Cultures - Farklı Kültürlerde Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi <i>Konuşmacı:</i> Juliet Kwadzodeh	Ciddi Aritmiler ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları <i>Konuşmacı:</i> Bilgen Uçak
16.30 – 18.00	SÖZEL BİLDİRİLER Oturma Başkanları: Yasemin Ergün Akbal, Gülçin Bozkurt	SÖZEL BİLDİRİLER Oturma Başkanları: Sevim Şen, Özlem Doğu

13 Ekim 2018, Cumartesi		
Saat	Salon A	
08.30 – 09.30	PANEL: YAŞLI HASTA Oturma Başkanları: Neriman Zengin, Nazmiye Filiz Çorbacıoğlu	
	Geriatrik Sendromlar <i>Konuşmacı:</i> Gülbahar Keskin	
	Kırılgan Yaşlı Kavramı (Frailty) <i>Konuşmacı:</i> Neriman Zengin	
	Kırılgan Hastanın Bakımı <i>Konuşmacı:</i> Asiye Durmaz Akyol	
09.30 – 10.00	KONFERANS: YB'DA KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR; BUNDLE ve KLAVUZLAR Oturma Başkanı: Özlem Doğu <i>Konuşmacı:</i> Banu Terzi	
10.00 – 10.30	KAHVE MOLASI	
10.30 – 11.30	PANEL: YB HEMŞİRELİĞİNDE ÖZGECİLİK Oturma Başkanları: Sevim Ulupınar, Emine Kol	
	Hasta Bakımının Bedeli; Şefkat Yorgunluğu <i>Konuşmacı:</i> Fatma Demir Korkmaz	
	YB Hemşirelerinde İnsan Bağımlılığı <i>Konuşmacı:</i> Sevim Şen	
	Yoğun Bakım Hemşireliği Felsefesi İle Hemşire Olmak <i>Konuşmacı:</i> Meral Madenoğlu Kıvanç	
11.30 – 12.00	KONFERANS: ACEMİ-UZMAN ETKİLEŞİMLİ BAKIM DAVRANIŞLARI ÖĞRETİMİ Oturma Başkanı: Banu Terzi <i>Konuşmacı:</i> Emine Kol	
12.00 – 12.30	KONFERANS: YOĞUN BAKIM SONRASI EVE DÖNÜŞ Oturma Başkanı: Gülbahar Keskin <i>Konuşmacı:</i> Gülçin Bozkurt	
12.30	KAPANIŞ	



KURSLAR

ENTERAL BESLENME KURSU

10 EKİM 2018, ÇARŞAMBA

Saat	Konu
11.00 - 11.15	AÇILIŞ VE TANIŞMA
11.15 - 11.30	ÖN-TEST
11.30 - 12.30	Enteral Beslenme, Endikasyon ve Kontrendikasyonları, Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenmenin Önemi Prof. Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30 - 14.00	Beslenme Tüplerinin Yerleştirilmesi, Güvenliği (Kontrolü) Enteral Beslenme Yöntemleri-Şekilleri Prof. Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN, Dr. Öğr. Üy. Banu TERZİ
14.30 - 15.00	Yoğun Bakım Hastasının Günlük Kalori (Enerji) ve Protein Gereksiniminin Belirlenmesi Prof. Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN, Uzm. Hem. Ebru KIRANER
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.00	Yoğun Bakım Ünitesinde Enteral Beslenen Hastanın Kanıt Temelli Bakımı Dr. Öğr. Üy. Banu TERZİ, Uzm. Hem. Ebru KIRANER
16.00 - 16.30	Yoğun Bakım Hastasında Enteral Beslenme Ürün Özellikleri Uzm. Dr. Hüseyin GÖÇMEZ
16.30 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.15	UYGULAMA (Enteral Beslenme Tüplerinin Yerleştirilmesi ve Takibi, Günlük Kalori, Enerji ve Protein Hesabı, Gastrik Rezidüel Volüm Kontrolü) Prof. Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN, Dr. Öğr. Üy. Banu TERZİ, Uzm. Hem. Ebru KIRANER, Uzm. Dr. Hüseyin GÖÇMEZ
18.15 - 18.45	SON-TEST ve KURSUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SÜREKLİ RENAL REPLASMAN KURSU

10 EKİM 2018, ÇARŞAMBA

Saat	Konu
11.00-11.15	AÇILIŞ VE TANIŞMA
11.15- 11.30	ÖN-TEST
11.30- 12.00	Renal Disfonksiyonun Değerlendirilmesi Prof. Dr. Yalın DİKMEN
12.00- 12.30	Akut Böbrek Hasarı Prof. Dr. Yalın DİKMEN
12.30- 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30- 14.00	SRRT Endikasyonları ve SRRT'nde Zamanlama Prof. Dr. Yalın DİKMEN
14.00- 14.30	SRRT'nin Temel Konseptleri, Fizyolojisi Prof. Dr. Yalın DİKMEN
14.30-15.00	SRRT'nde Antikoagülasyon ve Sitrat Kullanımı Uzm. Hem. Duygu GÜNDÖNDÜ KARS
15.00- 15.30	KAHVE ARASI
15.30-15.45	SRRT'nde Hazırlık Hem. Ömer DOĞANAY
15.45- 16.00	Tedavide Kullanılan Sıvılar ve Sürekli İzlem Hem. Ömer DOĞANAY
16.00 – 16.30	SRRT Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı Hem. Semra YURDAKUL
16.30- 17.00	KAHVE ARASI
17.00-18.15	CİHAZ EĞİTİMİ VE UYGULAMA Sinem KIRHAN
18.15-18.45	SON-TEST VE KURSUN DEĞERLENDİRİLMESİ

DAMAR İÇİ KATATER ENFEKSİYONLARI KURSU

10 EKİM 2018, ÇARŞAMBA

Saat	Konu
11.00 - 11.15	AÇILIŞ VE TANIŞMA
11.15 - 11.30	ÖN-TEST
11.30 - 12.00	Damar İçi Kateter Enfeksiyonları ile İlgili Genel Tanımlar ve Epidemiyolojisi Uzm. Hem. Pakize AYGÜN
12.00 - 12.30	Damar İçi Kateter İlişkili Enfeksiyonların Patogenezi ve Risk Faktörleri Uzm. Hem. Pakize AYGÜN
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30 - 14.00	Periferik Venöz Kateter Erişimi ve Komplikasyonların Yönetimi Hem. Tülay YAKUT
14.00 - 14.30	Santral Venöz Kateter Erişiminde Rehber Önerileri Uzm. Hem. Semine AYDOĞAN
14.30 - 15.00	Santral Venöz Kateter Bakımı ve Enfeksiyonların Yönetimi Hem. Tülay YAKUT
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 15.45	Arter Kateterlerinin Yönetimi ve Basınç Monitörizasyon Sistemleri Uzm. Hem. Semine AYDOĞAN
15.45 - 16.00	Damar İçi İlaç Uygulamaları ve İnfüzyon Terapisinde Güvenli Yaklaşımlar Uzm. Hem. Tuğçe ŞAHİN TIRTIL
16.00 - 16.30	Vaka örnekleriyle Rehber Dayalı Önlem ve Bakım Paketleri (Bundle Yaklaşımı) Uzm. Hem. Ebru Melek BENLİGÜL
16.30 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.15	UYGULAMA Uzm. Hem. Semine AYDOĞAN Uzm. Hem. Tülay YAKUT Uzm. Hem. Pakize AYGÜN Uzm. Hem. Ebru Melek BENLİGÜL Uzm. Hem. Tuğçe ŞAHİN TIRTIL
18.15 - 18.45	SON-TEST VE KURSUN DEĞERLENDİRİLMESİ

TTM KURSU

10 EKİM 2018, ÇARŞAMBA

Saat	Konu
11.00 - 11.15	AÇILIŞ VE TANIŞMA
11.15 - 11.30	ÖN-TEST
11.30 - 12.00	TTM Nedir – Amaçları – Fizyolojik Yanıtları Uzm. Dr. Süha BOZBAY
12.00 - 12.30	TTM Endikasyonları (Kardiak Arrest – Travmatik Beyin Hasarı – Hipoksik – İskemik Ensefalopati) Prof. Dr. Oktay DEMİRKİRAN
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30 - 14.00	Hangi Sıcaklık 33 veya 36 °C ? / Ne kadar süre? Uzm. Dr. Süha BOZBAY
14.00 - 14.30	Soğutma Teknolojileriyle Tanışma / Yeniden Isıtma Prof. Dr. Oktay DEMİRKİRAN
14.30 - 15.00	Hipotermide İlaç Kullanımı Uzm. Dr. Süha BOZBAY
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.00	TTM Kontrendikasyonları / Yan Etkileri ve Yönetimi Uzm. Hem. Aycan KELEZ YAYIK
16.00 - 16.30	TTM Uygulanan Hastada Hemşirelik Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar Uzm. Hem. Aycan KELEZ YAYIK
16.30 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.15	UYGULAMA Prof. Dr. Oktay DEMİRKİRAN Uzm. Dr. Süha BOZBAY Uzm. Hem. Aycan KELEZ YAYIK
18.15 - 18.45	KURSUN DEĞERLENDİRİLMESİ



KONUŞMA METİNLERİ

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

DAMARIÇİ KATETER ERİŞİMİ VE ENFEKSİYON YÖNETİMİ KURSU

TARİH: 10 EKİM

SAAT: 11:30 – 12:00

DAMAR İÇİ KATETER ERİŞİMİ VE ENFEKSİYON YÖNETİMİ KURSU

DAMARIÇİ KATETER ENFEKSİYONLARI, GENEL TANIMLAR, EPIDEMIOLOJİ, PATOGENEZ VE RISK FAKTÖRLER

Uzm.Hem.Pakize AYGÜN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaş

Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Günümüzde modern tıp uygulamalarının önemli araçlarından biri olan değişik damar içi kateterler] hastanelerde, başta yoğun bakım üniteleri (YBÜ) olmak üzere farklı birimlerde belirli amaçlarla (sıvılar, elektrolitler, kan ve kan ürünleri, ilaçlar, parenteral besinlerin verilmesi; total parenteral beslenme; tetkik amacıyla kan örneklerinin alınıp incelenmesi; hemodinamik izleme; hemodiyaliz uygulanması vb.) kullanılmaktadır.

Bu kullanımlar önemli derecede mortalite ve morbiditeye de neden olurlar.

Özellikle SVK enfeksiyonları nozokomiyal enfeksiyonların önemli ve sık bir şeklidir. Her yıl milyonlarca kateterin takılmasına bağlı olarak, damar içi kateter ilişkili enfeksiyon (%1-40) ve bakteremi hastane enfeksiyonları arasında ciddi ve giderek artan bir sorun oluşturmaktadır (1000 kateter günü başına 2.1-30.2 kateter ilişkili bakteremi). Kateter enfeksiyonlarından korunmada gerekli önlemlerin yerinde ve zamanında alınmasında etyoloji, patogenez ve kateter enfeksiyonlarının gelişimiyle ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi önemlidir.

KATETER ile İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR ve TANIMLARI

Kateter Kolonizasyonu

Filebit

Çıkış Yeri Enfeksiyonu

Cep (port) Enfeksiyonu

Tünel Enfeksiyonu

Septik Trombofilebit

İnfüzyon Sıvısına Bağlı Bakteriyemi

Kan Dolaşımı Enfeksiyonu

ETİYOLOJİ

Başta deri flora mikroorganizmaları olmak üzere, çeşitli bakteriler ve mantarlar KİE'ye neden olurlar. Kateter tipi, kateter yeri, konağın durumu, hastanın bulunduğu üniteler gibi faktörlere göre etkenler farklılık gösterebilir. Sırasıyla koagülaz negatif stafilokoklar (KNS), *Staphylococcus aureus*, aerobik gram negatif çomaklar ve *Candida albicans* kateter enfeksiyonlarından en sık üretilen etkenlerdir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Stafilokoklar, kateter enfeksiyonlarının en sık nedenidir ve tüm katetere bağlı bakteriyemilerin %50-75'ine neden olur (*S. epidermidis* %35-50, *S. aureus* %15-25). Çoğu zaman kateterin çıkarılması gerekmeden antibiyotiklerle tedavi edilebilmektedir. KNS'ler ve bunlar içerisindeki hidrofobik suşlar, kateterlerin polimer yüzeylerine diğer etkenlere göre daha kolay yapışmaktadır.

PATOGENEZ

Kateterin girdiği yerde deri bütünlüğü bozulmuştur; burası, deri florası bakterileri ve bakım yapan sağlık personelinin eliyle taşınan mikroorganizmalarla kontamine olabilir. Kontaminasyon, kateteri takma anında veya daha sonra oluşabilmektedir. Hematojen yolla vücudun kateter dışı bölgesinden (sıklıkla gastrointestinal sistem ve akciğerlerden) gelen mikroorganizmalar, çok sık olmasa da santral venöz veya arter kateterlerinin enfekte olmasına neden olabilir. SVK ilişkili enfeksiyona neden olan *Candida* türlerinin %50 kadarı sindirim sisteminden kana geçmektedir. Özellikle nötropenik hastalarda, *Enterobacter* türleri, *P. aeruginosa* gibi mikroorganizmalar bağırsaklardan kana transloke olabilir.

Kateter enfeksiyonlarının ender bir nedeni de infüze edilen sıvıların yapım ve uygulama sırasında kontamine olmasıdır. İçeri hava girmesi, infüzyon sıvısı paketlerinde çatlak-yırtık bulunması, setten yapılan enjeksiyonlar, sisteme yapılan ilaveler (ilaç, kan, kan ürünleri), kateterden kan alınması veya setlerin birleşim yerleri infüzyon sıvılarının kontaminasyonuna neden olabilmektedir. Ayrıca parenteral besleme solüsyonları değişik mikroorganizmaların üremesini destekler;

Kateterin kısa (≤ 8 gün) ve uzun (> 8 gün) süreli uygulanmasına göre KİE'ye yol açan odaklar değişmektedir. Kısa süreli uygulanan kateterlerde (≤ 8 gün) enfeksiyonların çoğunluğu kateterin giriş yeri kaynaklıdır. Uzun süreli (> 8 gün) kateterlerde kolonizasyon kaynakları sıklıkla hub/lümen (%66) ve deridir (%26). Kalıcı SVK'larda manipülasyon ve kullanma sıklığının fazla olması sonucu kateter birleşme yerine genellikle sağlık çalışanlarının ellerinden bulaşan mikroorganizmalar, kateter iç yüzeyi boyunca ilerleyerek KDE'ye neden olur.

Kateterizasyon süresi 5-7 günü geçtiğinde kateter kaynaklı enfeksiyonlarda artış olmaktadır. Ancak bazı çalışmalarda, planlı kateter değiştirilmesinin klinik endikasyonla değiştirilmesine karşı bir avantajı olmadığı belirtilmektedir. Kateter enfeksiyonları; konak, yabancı bir cisim olan kateter ve patojen mikroorganizma arasındaki etkileşimlerin sonucu oluşur. Konak ile kateter arasındaki etkileşim sonucu inflamasyon meydana gelir. Bu inflamasyon bölgesine gelen makrofajlardan değişik maddeler salınır (hidrolaz, tümör nekroz faktör, kompleman parçaları, interlökinler, prostaglandinler, plazminojen aktivatörü, koagülasyon faktörleri).

Kateter ucu etrafında trombüs oluşması, kolonizasyon ve enfeksiyon gelişiminde önemlidir. Kateteri çevreleyen trombüsün enfekte olması (süpüratif filebit) bu tip enfeksiyonların en ağır şeklidir. Bu tip enfeksiyonlar daha çok SVK'larda oluşur.

Mikroorganizmaların adezinleri ve hidrofobisitesi de yapışmayı artırıcı katkıda bulunur. Bakterilerin protein maddelere yapışmasında elektromanyetik ilişkiler de rol alır. *S. aureus*, kateter yüzeyinde sıklıkla mevcut olan fibronektin ve diğer konak proteinlerine yapışabilmektedir.

Kateter yüzeyleri konak kaynaklı immünglobulinlerle birlikte fibronektin, fibrin ve kollajen gibi plazma ve matriks proteinleri başta olmak üzere çeşitli proteinlerden oluşan bir biyomateryal ile kaplanır.

EPİDEMİYOLOJİ ve RİSK FAKTÖRLERİ

KİE'lere ait epidemiyolojik verilerin değerlendirilmesinde çeşitli güçlükler vardır. KİE'lerin dağılımı ve görülme sıklığı bakım ve tedavi ünitesinin özellikleri, hasta gruplarının çeşitliliği, kateter tipi ve

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

materyali, kateterizasyon süresi, ilgili sağlık merkezinde enfeksiyon kontrol program ve önlemlerinin uygulanması ve/veya kateter yerleştirilmesi ve bakımından sorumlu özel bir ekibin varlığı, tanısal sınıflamada kullanılan terminoloji ile tanım kriterleri, değerlendirilen kateter sayısı veya kateter gün sayısının baz alınıp alınmamasına bağlı olarak değişik üzere üç genel grupta değerlendirilebilir. Bu risk faktörleri Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1. Kateter ilişkili enfeksiyon risk faktörleri.

Konakla ilgili

- Yaş (<1, >60)
- Bağışıklık durumu
- Altta yatan hastalıklar
- Hiperalimentasyon, TPN
- Farklı enfeksiyon varlığı, ciltaltı dokusunun ince ve ödemli olması
- Hastanın deri florasının değişimi
- Kateter ile ilgili
- Kateter tipi (plastik > çelik; polivinil klorür teflon ve poliüretan)
- Uzun, kalın, sert, çok lümenli>kısa, ince, fleksibl, tek lümenli
- Yerleşim yeri (santral > periferik; femoral > juguler > subklavian)
- Hastane ve ekiple ilgili
- Kalış süresi (72 saatten sonra risk artar)
- Yerleşme şekli (cut-down>perkütan>implant)
- Kateter kullanım amacı (TPN uygulanması daha riskli)
- İkinci kez kateter takılması (riski yedi kat arttırır)
- Acil yerleştirme > planlı yerleştirme
- Tecrübesiz personel > eğitimli ekip
- El yıkama ve steril eldiven kullanma (riski azaltır)
- Pansuman şekli (steril gazlı bez < semipermeabl transparan örtü)
- Hastane büyüklüğü
- Hastanın yattığı bölüm

SONUÇ

Damar içi kateterler modern tıbbın vazgeçilmez araçlarından biri haline gelmiştir. Kateterle ilişkili enfeksiyonlara enfeksiyon etkenleri olmakta ve pek çok antimikrobiyale karşı dirençli bulunmaktadır. Bu durum tedavide güçlüklerle karşılaşılmasına yol açmakta, maliyet yükselmesi yanı sıra mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır. Enfeksiyonların önlenmesinde dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birinin kateterin endikasyon halinde takılması ve gereksinim ortadan kalkar kalkmaz en kısa sürede çıkarılmasıdır. Etiyolojinin ve etkenlerin direnç paternlerinin hastanelere göre farklılıklar gösterebileceği akıldan çıkarılmamalı, hastane enfeksiyon kontrol komitelerinin takibinde belirli aralıklarla kateter kültürleri sonuçları izlenerek, gerekli önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Öcal, D., Dolapçı, İ.(2012), Santral Venöz Kateter ile ilişkili Enfeksiyonlar, (*Türk Mikrobiyol Cem Derg*) 42(1):1-9
- 2.Damariçi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu.(2013) (*Hastane Enfeksiyonları dergisi*), cilt; 17(2)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

3. Öztürk, R.(2004), Damar İçi Kateter İnfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, *Flora*, Erişim adresi:www.floradergisi.org
- 4.Aygün, G.(2008), Damar İçi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü, Hastane Enfeksiyonları korunma ve kontrol sempozyum dizisi no:60, s;77-88, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul
- 5.Hakyemez ,İ.N., Küçükbayrak,A., Akdeniz, H.(2012) Damar İçi kateter enfeksiyonlarına güncel yaklaşım, Abant Medical Journal,1(2);94-98

SALON A

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 08:30-09:00

KONFERANS : YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİ NASIL GÜÇLENDİRELİM?

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların bulunduğu, yüksek teknolojinin kullanıldığı özelleşmiş, karmaşık çalışma alanlarıdır. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin, eleştirel düşünme becerilerinin gelişebilmesi, kritik hastaların bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, değişen/gelişen teknoloji ve tedavi yöntemlerine uyum sağlayabilmesi gerekir (Yıldırım ve Ulupınar, 2010). Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11247/yogun-bakim-hemsireligi-egitim-programi-uygulama-yonergesi.html>). Hemşirelik bakımının kalitesinin hayati önem taşıdığı yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin seçimi, eğitimi, desteklenmesi, yetkilendirilmesi sonuç olarak güçlendirilmesi zorunludur (Öztürk, 2010).

Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük'te tanımlandığı şekliyle güç; fiziksel, düşünsel ve ahlaksal bir etki yapabilme, bir etkiye direnebilme yeteneği, bir şeyi yapabilme yeterliliği, büyük önemi olan nitelik; güçlendirmek ise güçlü duruma getirmek, güç kazanmasını sağlamaktır (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelimel&guid=TDK.GTS.5ba89d784e75c6.60845108).

Güçlendirme; bireyin kendini geliştirme ve otonomisini güçlendiren bir yöntem, çözüm odaklı dinamik bir süreçtir. Güç kavramı genellikle “zorlama ve baskın olma” anlamında kullanılan “ataerkil, otoriter ve negatif bir kavram”dır. Güçlendirme, yaşam boyu süren ve değişime açık bir süreçtir (McCarthy and Freeman, 2008; Campbell, 2003; Nyatanga and Dann, 2002). Güçlendirme; insanlar

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

arasında karşılıklı etkileşimden kaynaklanan, sorumluluk ile otonomi arasında bağlantı kuran, paylaşılmış veya devredilmiş güç ile kaynaklara erişimi hedefleyen hem bir süreç hem de bir sonuçtur. Güçlendirme, bireyin kendini tanımasıyla başlar. Hemşireler bireysel ve mesleki gücünün farkında olmalı ve sahip olduğu gücü doğru yönde ve etkin olarak kullanmalıdır. Ancak hemşirelerin güce sahip olma ve gücü kullanmada sorun yaşadıkları bilinmektedir. Bununla birlikte güçlendirmenin sadece bireysel bir süreç olmadığı unutulmamalıdır. İlgili alan yazında güçlendirme, toplumun güçlendirilmesi, örgütsel güçlendirme ve psikolojik güçlendirme olarak sınıflandırılmaktadır (Ulupınar, 2011; Manojlovich, 2007).

Güçlendirmenin özünde var olan çatışmaların çözülmesi, görüşme ve iletişim becerileri gibi temel becerilerin gelişmesi, hemşirelerin sağlık bakım sistemine etkin katılımı açısından önemlidir. Sağlık profesyonelleri içinde en büyük grubu hemşireler oluşturmaktadır. Ancak hemşirelerin, sağlık sistemi içinde yeterince etkin olamadığı, politik ve örgütsel güce ulaşamadığı görülmektedir. Güçlendirme stratejileri ile liderlik arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir (McCarthy and Freeman, 2008). Ülkemizde yapılan bir araştırmada (Yıldırım ve Ulupınar, 2010), yoğun bakım hemşirelerinin %11,6'sının Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'ne üye olduğu, üye olanların ise %13,8'inin dernek faaliyetlerine aktif katıldığı ifade edilmektedir. Meslek örgütleri, çalışanların mesleki ve politik gücünün simgesidir, hemşirelerin mesleki örgütlenme bilinci yeterli düzeye gelmedikçe etkin bir güçlenmeden söz etmek mümkün olamayacaktır. Hemşirelerin kendilerini ilgilendiren kararlarda söz sahibi olması için gelişmeler hakkında bilgi sahibi olması, hemşire araştırmacılarla işbirliği yaparak konu ile ilgili yayın ve çalışmalarla kamuoyunun dikkati çekilmelidir. Hemşirelik örgütleri ve hemşire liderler, Sağlık Bakanlığında önemli pozisyonlarındaki hemşireler bu konuda öncü olmalıdır (https://www.twna.org.tw/frontend/un07_international/webPages_3/file/Link1%20IND_2015_Eng.)

Yoğun bakım hemşirelerinin güçlendirme algısı ve çalışılan ortamın güçlendirme açısından değerlendirildiği bir araştırmada; güçlendirme algısının orta düzeyde olduğu, çalışma ortamının genel olarak güçlendirici algılanmakla birlikte çalışma ortamının katılımı ve otonomi sergilenmesini destekleyecek şekilde güçlendirilmesi önerilmiştir (Öztürk, 2010). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir başka araştırmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin güçlendirme algısının orta düzeyde olduğu, hemşirelerin hastane yönetimi tarafından yeterince güçlendirilmediklerini düşündüğü, daha çok kendi kendini güçlendirdiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, hemşirelerin, hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından ödüller sunulması, motivasyonu destekleyen bir ortam yaratılması ve yeterli sayıda hemşire ile çalışma konularında güçlendirilmediklerini düşündükleri belirtilmiştir. Hemşirelerin kendilerini daha güçlendirilmiş algılamaları için sertifika programlarına ve kongre gibi bilimsel toplantılara katılımının teşvik edilmesi önerilmiştir (Balık ve Öztürk, 2016). Yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitim etkinliklerine katılma durumunun incelendiği bir araştırmada; hemşirelerin en fazla katıldığı sürekli eğitim etkinliklerinin kurumsal hizmet içi eğitimler, klinik oryantasyon eğitimi, sertifikalı kurslar ve kongre/sempozyumlar olduğu belirtilmiştir. Hemşireler iş yoğunluğu ve eleman eksikliği nedeniyle eğitimlere katılamadıklarını ifade etmiş; sertifikalı eğitimlerin yaygınlaştırılmasını, etkinliklere katılımı kurumsal destek gerektiğini, klinik oryantasyon sürecinde rehber hemşire olmasını ve akademik iş birliğini önermişlerdir (Yıldırım ve Ulupınar, 2010).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Sürekli değişen ve gelişen sağlık bakım sistemi içinde hemşirelere değişim ajanı olarak büyük sorumluluk düşmektedir. Bu rolünü yerine getirmesinde bireysel ve mesleki güçlendirme esastır. Kendini geliştirmede birincil sorumluluk hemşireye aittir. Mesleki örgütlerde aktif rol alma, mesleki araştırma ve yayınları izleme, sonuçlarını kullanma, bilimsel araştırmalarda yer alma, yasa ve yönetmelikleri bilme ve karar mekanizmalarında yer almak için girişimde bulunma, mesleki sorunlara duyarlı olma, bunlara yönelik çalışma ve etkinliklere gönüllü katılma, yaşam boyu öğrenmeye ve gelişime açık olma bireysel olarak gerçekleştirilebilecek güçlendirme stratejilerinden birkaçıdır. Güçlendirme çalışmalarında kuruma ve yöneticilere de büyük sorumluluk düşmektedir. Çalışanlarına uygun ve güvenli ortam sağlama, kaynak, zaman ve çalışan eksikliğini giderecek stratejiler geliştirilme, çalışanlara performanslarına yönelik sürekli ve sistemli olarak geribildirim verme ve iyileştirme olanakları sunma, çalışanların karar alma mekanizmalarına katılımını artıracak fırsatlar sunma, çalışanların mesleğin gelişimine katkı sağlayacak eğitim, toplantı, kongre vb. bilimsel etkinliklere katılımını destekleme ve teşvik etme bunlardan birkaçıdır. Her hemşire, etkileşimde bulunduğu sağlıklı hasta birey/aile ve toplumun, meslektaşlarının ve hemşirelik öğrencilerinin güçlendirilmesinde katkısı olacağını unutmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım, F., Ulupınar, S. (2010). [Yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitimlerden yararlanma durumları](#). *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14;2, 37-44.
2. Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi <https://www.saglik.gov.tr/TR,11247/yogun-bakim-hemsireligi-egitim-programi-uygulama-yonergesi.html> Erişim 12.09.2018
3. Öztürk, H. (2010) Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin güçlendirme algısı ve ortamı güçlendirme açısından değerlendirmeleri. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı.
4. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5ba89d784e75c6.60845108 Erişim:01.08.2018
5. McCarthy, V., Freeman, L.H. (2008). A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *The Journal of Theory Constuction&Testing*, 12(2), 68-74
6. Campbell, S.L. (2003). Cultivating empowerment in nursing today for a strong profession tomorrow. *Journal of Nursing Education*, 42(9), 423-426.
7. Nyatanga, L., Dann, K.L.(2002). Empowerment in nursing: The role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3, 234-239.
8. Ulupınar, S. (2011). Hemşirelikte güçlendirme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,15(2), 77-84.
9. [Manojlovich,M.](#) (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*,12(1),1-15.
10. Nurses: A Force for Change Care Effective, Cost Effective https://www.twana.org.tw/frontend/un07_international/webPages_3/file/Link1%20IND_2015_Eng.pdf Erişim: 10.09.2018
11. Balık, T., Öztürk, H. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik personelinin güçlendirilmesine ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3:3, 140-152.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON A

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 09:00-10:00

PANEL: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNİN GELİŞİMİ

Dünden Bugüne Türkiyede Yoğun Bakım Hemşireliği

Dr. Öğr. Üyesi Besey Ören

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul-Türkiye

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri kritik hastalık sürecinde, birçok kompleks tedavilerin uygulanmasında kolaylıklar sağlayan hastanelerin özel birimleridir. Günümüzde yoğun bakım üniteleri hastanelerin 7 gün 24 saat kritik hastalara bakım verdiği ileri teknoloji ve multidisipliner ekip ile hizmetin yürütüldüğü özel birimlerdir ve bu birimlere ihtiyacın artmasına paralel olarak sayıları her geçen gün artmaktadır. Buna paralel olarak da alanında uzman yoğun bakım hemşirelerine ihtiyaç artmıştır.

TÜRKİYE’DE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN GELİŞİMİ

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yoğun bakım hemşireliğinin gelişimi doğal olarak yoğun bakım ünitelerinin gelişimi ile paralel olmuştur. Bu nedenle öncelikle Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinin gelişimi ile ilgili tarihe bir göz atmakta fayda var.

Türkiye’de 1950’ lerde yoğun bakım uygulamaları ile ilgili bilgilere ilgi duyulmuş ve 1949-50 yılları arasında büyük cerrahi girişimlerden sonra hastaların anestezi ve reanimasyon desteğine ihtiyaç duyduğu ve bu birimlerin ihtiyaçlarını kendi yönetimleri ile kendi içlerinde karşıladığı bildirilmektedir. Cemalettin Öner 1953 yılında Vakıf Gureba Hastanesinde, ameliyathanelerin yanında premedikasyon, indüksiyon ve ameliyat sonrası dönemde hastayı yakından izleyebilmek için bir derlenme odası oluşturmuştur. Cemalettin Öner’in bu uygulaması, 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde, ilk reanimasyon servisini kurmasında ona öncülük etmiştir. 1953’lerde Cemalettin Öner’in tek odada başlattığı çalışmalar, 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesinde dört yataklı bir servise, daha sonra gereksinimin artması üzerine 1969’da 30 yataklı ve 30 hemşiresi olan bir yoğun bakım ünitesine dönüşmüştür (Akpır 2002; Akpır 2004; Zengin 2017).

İlerleyen yıllarda Türkiye’de yoğun bakım ünitesinin sayıları artmış ve farklı üniversite ve bölgelerde yoğun bakım üniteleri kurulmuştur. 1970’de İstanbul Tıp Fakültesinde ilk reanimasyon ünitesi, 1978’de Ege Üniversitesi’nde solunum yoğun bakım ünitesi ve 1987’de Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk dahili yoğun bakım ünitesi kurulmuştur (Pişkin 2012; Zengin 2017). Türkiye’de

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

1978’de Türk Yoğun Bakım Derneği ve 2004 yılında Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği kurulmuş olup; 2012 yılında yoğun bakım uzmanlığı kanunla bir yan dal olarak kabul edilmiştir (Akpır 2002; Akpır 2004).

TÜRKİYE’DE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNİN GELİŞİMİ

Türkiye’de yoğun bakım hemşireliğinin gelişimi ameliyat sonrası hasta bakım birimleri ile başlamıştır. Hemşireler 1949-1950 yıllarında doktor kontrolünde ağır hasta bakım odasında kritik hastaları takip etmişlerdir. Dünyaya paralel bir yapılaşma ile birlikte, ilk önce 1959 yılında ilk genel yoğun bakım, 1960 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde, daha sonra 1976 yılında özel hastanelerde koroner bakım üniteleri açılmaya başlanmıştır. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin yoğun bakım ve hasta izlemi konusunda eğitimlerinin hekimler tarafından yürütüldüğü düşünülmektedir (Akpır 2002; Akpır 2004, Zengin 2017)

Dernekleşme: Türkiye’de Yoğun bakım hemşirelerinin dernekleşme çalışmaları 1990’larda başlamıştır. Vehbi Koç Vakfı tarafından yoğun bakım hemşirelerinin eğitim programlarını incelemek amacıyla bir arkadaşıyla birlikte Amerika Birleşik Devletleri’ne gönderilen Amerikan Hastanesi yoğun bakım hemşirelerinden Ayşe Pişkin, bu süreçte Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneğinin (AACCN) çalışmalarına tanık olmuştur. Bu çalışmalardan esinlenerek yedi arkadaşı ile birlikte yoğun bakım hemşireler derneğinin 14 Şubat 1992 yılında İstanbul’da Amerikan Hastanesi çatısı altında kurulmasına ön ayak olmuştur (Bozkurt ve Ören 2014)

Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği kurulduğu tarihten bugüne kadar birçok faaliyette bulunmuş, yoğun bakım hemşireliğinin gelişimine katkı sağlayan çeşitli kongre ve eğitim programları düzenlemiştir. İlk bilimsel programlarını Türk Kardiyoloji Derneğinin düzenlediği kongreler içinde sempozyum olarak yürütmüş ve birinci ortak sempozyumunu 1994 yılında, bağımsız ilk sempozyumunu ise 2001 yılında İstanbul’da gerçekleştirmiştir. 2002 yılında ilk bağımsız kongresini İstanbul’da yapmıştır (Bozkurt ve Ören 2014; Zengin 2017). Dernek 2002-2018 yılları arasında bağımsız olarak toplam sekiz ulusal ve 2014 yılında 7. Dünya Yoğun Bakım Hemşireler Federasyonu Kongresi ve 2018 yılında 2. Uluslararası Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi olmak üzere 2 uluslararası kongre gerçekleştirmiştir.

Türk Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği Uluslararası birliklerle çalışmalarını sürdürmektedir. 1997 yılında Hollanda’nın Rotterdam kentinde yapılan Avrupa Kritik Bakım Hemşireler Federasyonu’nun (EFCCNA) kurma çalışmalarına katılmış ve birliğin kurucu üyeleri arasında yer almıştır. Dünya Yoğun Bakım Hemşireler Federasyonu’nun üyeliğine 2012 yılında kabul edilmiştir (Pişkin 2012; Bozkurt ve Ören 2014).

Eğitim ve Uzmanlık: Türkiye’de, yoğun bakım hemşireliğinin uzmanlık alanı olduğu yasal olarak onaylanmıştır. 1954 hemşirelik yasası 2007 yılında değişmiş, 2010 ve 2011 yılında çıkartılan hemşirelik yönetmeliği ve bu yönetmelikte yapılan değişikliklerle yoğun bakım hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirtilmiştir.

Dünya Yoğun Bakım Hemşireler Dernekleri Federasyonu ve Avrupa Yoğun Bakım Hemşireler Dernekleri Federasyonu yoğun bakım hastasının bakımının mezuniyet sonrası programlarla, yoğun

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

bakım hemşireliği alanında uzmanlaşmış hemşireler tarafından sürdürülmesini önermektedir. (Bozkurt, 2012; Zengin 2017).

Türkiye’de de yoğun bakım hemşireliği eğitimi, mezuniyet sonrası sertifika eğitim programlarına dayanmakta olup ilk defa özel bir kuruluş tarafından 1991 yılında başlatılmıştır (Pişkin 2012). Daha sonra bu programa 2002 yılında sağlık bakanlığı tarafından uygulanan sertifika programları katılmıştır. (Bozkurt, 2012; Kıvanç 2012; Zengin 2017)

2010 yılında çıkarılan “Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği” ile özel kuruluşların yoğun bakım hemşireliği sertifika programı düzenleme yetkilerinin ellerinden alınması ile SANERC sertifika programlarını devam ettirememiştir. Programlar bu tarihten itibaren sağlık bakanlığı tarafından sürdürülemeye başlanmıştır (Pişkin 2012; Zengin 2017).

Sağlık Bakanlığı “Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Eğitimine ve Sertifikalandırmasına Dair Yönerge” kapsamında bu programlar yürütülmüştür. Yönerge’de zaman içinde ihtiyaçlar doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır (Bozkurt, 2012; Zengin 2017). Türkiye’de 2014 yılında yeni bir yapılanma ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği sertifika programının özelliklerini ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. 2014 yılında sertifikalı eğitim yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile madde 6 (1) “Sertifikalı eğitim programları; kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından, Bakanlıkça belirlenmiş standartlara uygun olarak yürütülür” ibaresine istinaden Sağlık Bakanlığı sertifika yetki belgesi almak için birçok özel ve kamu kuruluşu yoğun bakım sertifika eğitimi verebilmek için bakanlıktan yetki belgesi almak için başvurularda bulunmuşlardır ve günümüzde SANERC, Özel Medipol Mega Hastanesi gibi özel kurumların da içinde bulunduğu ve sertifika yetkisi almış bir çok kuruluş eğitimlerine başlamıştır (Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, <http://www.mevzuat.gov.tr> Erişim tarihi 19.09 2018).

Temel ve ileri yaşam desteği konusunda yetkin yoğun bakım hemşireleri yetiştirmeyi amaçlayan Sertifikalı Eğitim Programı 240 ders saatidir. Bu sürenin 120 ders saati teorik eğitim, 120 ders saati uygulama eğitiminden oluşmaktadır (Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Yoğun Bakım hemşireliği). Bu standartların oluşturulmasında Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği de aktif rol almıştır.

Ayrıca Türkiye’de hemşirelerin yoğun bakım alanında uzmanlaşmalarına olanak tanıyan Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans programları başlatılmıştır. Türkiye’de ilk devlet üniversitesinde açılan Yoğun Bakım Hemşireliği yüksek lisans programı Dokuz Eylül Üniversitesi Acil ve Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programıdır (Zengin 2017). Bu programı iki özel üniversitede (Acıbadem üniversitesi, Koç Üniversitesi) açılan Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programı izlemiştir. Bu özel üniversitelerden birinde aktif öğrenci alamamıştır (Koç Üniversitesi). Ancak diğer özel üniversitenin aktif öğrencisi bulunmaktadır. 2018 itibarı ile 5 öğrenciyi mezun etmiş ve 13 kayıtlı öğrencisi bulunmaktadır (Acıbadem Üniversitesi).

Sonuç olarak; Türkiye’de yoğun bakım hemşireliği alanında pek çok gelişme sağlanmasına rağmen hala bu birimlerde çalışan hemşirelerin pek çok sorunu mevcuttur.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

KAYNAKLAR

1. Acıbadem Üniversitesi. <http://www.acibadem.edu.tr/tr> (Erişim Tarihi: 10.09.2018).
2. Akpir, K. (2002). Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 1,6-12.
3. Akpir, K. (2004). Türkiye’de Yoğun Bakım. Türk Anest Rean Der Dergisi, 32, 335-343.
4. Bozkurt, G. (2012). Dünyada Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programları Ve Uzmanlaşma. Eğitim. Günümüzde Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyum (24-28). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
5. Bozkurt G., Ören B. (2004). Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, Sağlıkla Dergisi. Aralık, 15, 2014:60.
6. Kıvanç, M.M. (2012). Geçmişten Günümüze Yoğun Bakım Hemşireliğinde Eğitim. Günümüzde Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyum (20-23). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
7. Pişkin, A. (2012). Düünden Bugüne Yoğun Bakım Hemşireliği. Günümüzde Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyum (1-11). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
8. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Yoğun Bakım Hemşireliği. <http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/1-91704/h/yogun-bakim-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-sta-.pdf>. Erişim tarihi:10.09.2018).
9. Koç Üniversitesi yoğun bakım hemşireliği Yüksek lisans programı. <http://gshs.ku.edu.tr/tr/critical-care-nursing> (Erişim Tarihi: 10.09.2018).
10. Zengin N. Yoğun Bakım Hemşireliği Uygulamaları -Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi. İçinde Yoğun Bakım Hemşireliği. Ed. Asiye Durmaz Akyol, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2017.

SALON :B

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 13:00-14:00

PANEL: YOĞUN BAKIM’DA NUTRİSYON YÖNETİMİ

Enteral Nutrisyonda Hedefe Ulaşmanın

Önündeki Engeller

Uzm. Hemşire Ebru KIRANER

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD

Kritik hastalar protein-enerji malnütrisyona girmeye oldukça yatkın bir hasta grubudur ve bu durum komplikasyonlara yol açarak hem yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına, hem de morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bu nedenle nutrisyon desteği yoğun bakım tedavisinin rutin ve önemli bir parçasıdır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Hastaların yoğun bakıma kabulünden sonra 6 saat içinde hemodinamik stabilizasyonun sağlanması, bundan sonra 24-48 saat içinde beslenme desteğine başlanması ve 48-72 saat içinde hedef kaloriye ulaşılması çoğu hasta için yoğun bakım pratiğinde arzulanan hedeflerdir. Ancak enteral beslenen hastaların beslenmesine tanışal işlemler ve prosedürler, hava yolu sorunları, hemodinamik instabilite, prone pozisyon, gastrointestinal intolerans, diyare, cerrahi girişimler, kusma, beslenme tüpünde tıkanma ya da yerinden çıkması, hemşirelik bakımları, abdominal distansiyon, gastrik rezidüel volüm (GRV) fazlalığı ya da diğer tıbbi komplikasyonlar (kardiyak arrest, solunum komplikasyonları vb.) nedeniyle ara verilmektedir.

Diyabet, hastalık stresi, yüksek yağ içerikli solüsyonlar, opioidler, gastrointestinal intolerans gelişmesine neden olabilir. Yüksek GRV gastrik boşalmayı geciktirir, intoleransa, regürjitasyon ve aspirasyon riski artışına yol açar. Bu nedenle hemşirelerin aspirasyon risk ve şiddetini azaltmaya yönelik olarak abdominal distansiyonu gözlemesi, barsak seslerini dinlemesi ve GRV'yi kontrol ederek gastrointestinal fonksiyonları değerlendirmesi gerekir. Uluslararası kılavuzların önerilerine göre intolerans bulguları olmaksızın 500 ml'nin altındaki rezidü miktarlarının kesinti için gerekçe olmaması gerekmektedir ancak hastaların 4 saatlik rezidü kontrollerinde 50-100 mL'lik hacimde bile beslenme desteğinin kapatıldığı görülmektedir. Güvenli rezidual volüm (GRV)'ün ne olması gerektiğine ilişkin standart bir tanım bulunmamakla birlikte son yıllarda daha yüksek GRV'lerin (500 ml) eşik olarak kabul edilmesi önerilmektedir. Aspirasyon riskinden kaçınmak için kusması, abdominal distansiyonu olan ve bilinçsiz hastalarda geleneksel yaklaşımların kullanılması göz önünde bulundurulabilir. Bu bağlamda GRV> 200 ml ise intolerans belirtileri açısından hastanın dikkatle değerlendirilmesi ve GRV'de tek bir yükselme ile beslenmenin kesilmesinden kaçınılması, bir saat içinde tekrar kontrol edilmesi önerilmektedir. Eğer GRV iki ve üzeri değerlendirmede yüksekse ekip üyeleri bilgilendirilmelidir.

Tüp yerleşim yeri hataları nedeniyle de beslenme kesintiye uğrayabilir. Tüp yerleşim yeri pozisyonunu doğrulamada, oskültasyon yöntemi ve gastrik içeriğin aspirasyonunun yalancı bir güven sağladığı, tüpün yanlış pozisyonunun aspirasyon riskinin artışı ile ilişkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. Amerikan Gastroenteroloji Birliği tüp yerleşim yeri pozisyonunun doğrulanmasının kesin kanıtının radyografi olduğunu, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği tüp yerleşim yerinin radyografi ile doğrulanması sırasında silinmez kalemle tüpün dudak veya burun kenarındaki hizasından işaretlenmesini, her dört saatte bir ve her beslenme/ilaç uygulaması öncesi bu işaretin kontrol edilmesini önermektedirler.

Beslenme tüpünün tıkanması da beslenmenin kesintiye uğramasına neden olabilir. Beslenme tüpünün tıkanması, tüpün iç yüzeyinin protein temelli formülle, formülün asidik ortam ya da bazı ilaçlarla teması sonucu oluşabileceği gibi GRV kontrolü ile de ilişkili olabilir. Tüp açıklığını sürdürmek için beslenme tüpünün sürekli infüzyonda sekiz saatte bir, bolus beslenmede her besin formülü veya ilaç uygulaması sonrası 20-100 ml ılık su ile yıkanması tıkanma durumunda ılık su ile yıkama yetersiz ise sodyum bikarbonatlı pankreatik enzim solüsyonu kullanılması, beslenme tüpü aracılığıyla tablet formundaki ilaçların ezilerek verilmesinden kaçınılması, ilaçların mutlaka beslenme tüpünden verilmesi gerekiyorsa katı yerine sıvı formunun tercih edilmesi önerilmektedir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Prone pozisyon uygulaması da enteral beslenmenin kesinti nedenlerinden biridir. Prone pozisyonda enteral beslenmenin etkilerini inceleyen bir çalışmada mekanik ventilasyon uygulanan 71 (37 kişi supin, 34 kişi prone pozisyonunda olarak) hasta 5 gün boyunca izlenmiş olup, 6 saatte bir gastrik rezidü kontrolü yapılmış. Prone pozisyonunda enteral beslenmenin kesilme oranı %82, supin pozisyonunda beslenmenin kesilme oranı ise % 49 olarak bulunmuş. Prone pozisyonunda hastaların supin pozisyonuna göre 2,5 kat daha fazla kustuğu saptanmıştır.

Ayrıca hastaların beslenme desteği gece 24:00 - sabah 06:00 arası planlı olarak kapatılabilmektedir. Planlı olarak enteral beslenmeye ara vermenin hastaya bakım veren hemşire, yardımcı sağlık personelinin konforunu artırmaya yönelik ancak hastaya katkısı olan bir uygulama olmadığı düşünülmektedir. Bu kesintilerin ortadan kaldırılması daha fazla sayıda hastada hedef kaloriye ulaşılmasını sağlayacaktır.

Enteral Nutrisyonda hedefe ulaşmanın önündeki engelleri ortaya koymak üzere yapılmış olan çalışmalara baktığımızda; Uysal ve ark. 'nın çalışmasına göre hastaların %59.4'ü beslenme desteğinde kesinti yaşamaktadır. Bir başka çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların %65'inin önlenabilir olaylar nedeniyle beslenmede kesintiler yaşadığı belirlenmiştir. Peev ve ark. Çalışmasında da hastaların %68'inin enteral beslenmesinde kesintiler olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kesinti nedenleri önlenabilir ve önlenemez nedenler olarak iki kategoride incelenmiştir. Önlenemez nedenlerin entübasyon, trakeostomi yerleşimi, yüksek GRV ve ameliyat olduğu, önlenabilir nedenler ise radyolojik ve tanısal testler ile ortopedik işlemler olduğu belirlenmiştir. Tüm kesintilerin %26'sının önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir O'Meara ve ark. yaptığı çalışmada 59 hastada toplam 423 kez enteral beslenmenin kesintiye uğradığını ve en önemli faktörün %25.6 oranında beslenme tüpüyle ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Kim ve ark. çalışmasında hastaların %79'unda beslenmede kesinti meydana geldiği belirlenmiştir. Çalışmada gastrointestinal intolerans (GRV fazlalığı, diyare ve kusma) bulguları enteral beslenmenin kesintiye uğramasında en önemli neden olarak belirlenmiş, tüple ilgili problemler yalnızca dört kez gözlenmiştir. Kuslapuu ve ark çalışmasında GRV fazlalığı kesintilerin en önemli nedeni olarak belirlenmiştir . Savran ve ark. çalışmasında, beslenme desteğinde en sık kesintiye GRV fazlalığının neden olduğu ve hedef kaloriye ulaşamayan hastaların %27.5'inde görüldüğü saptanmıştır. Kiter'in çalışmasında en sık kesintiye sebep olan unsur havayolu yönetimidir (%39.7). Miktar olarak en fazla kesintinin "metabolik ve hemodinamik instabilite" başlığı altında olduğu gözlenmiştir. Bunu %15.4 ile mekanik problemler ve %12.8 ile GIS disfonksiyonu takip etmektedir. Mekanik problemlerdeki en sık kesinti sebebi gastrik tüp oklüzyonu ve malpozisyonudur .

Literatürde enteral beslenmede en yaygın kesinti nedenleri gastrointestinal intolerans (GRV fazlalığı, bulantı, kusma, diyare ve abdominal distansiyon), tüp tıkanıklığı veya yerinden çıkması, hemşirelik bakımı veya hekim uygulamaları olarak kabul edilmektedir.

Hastaların beslenme gereksinimlerinin karşılanmasından hemşireler sorumludur ve enteral beslenen hastaların yeterli beslenebilmesi iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. Gastrik beslenmede kesintiye uğramadan hedef beslenmenin sağlanması önemlidir. Bu bağlamda enteral beslenme sırasında kesintilerin azaltılması, tıbbi ya da tanılayıcı işlemler başlayıncaya kadar beslenmenin devam ettirilmesi, özel bir kontrendikasyon olmadıkça minör işlemler sonrası bir

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

saat içinde, majör işlemler sonrası dört saat içinde beslenmenin yeniden başlatılması ve bu sürenin dört saatten fazla sürmemesi önerilmektedir. Ayrıca da organizmanın gerekli kalori ihtiyacının enteral yoldan karşılanamadığı durumlarda bile hiç olmazsa bağırsak mukozasının beslenmesi için 10-20 ml/saat hızında enteral beslenme sağlanması önemlidir. Tüm bu önlemlerin alınabilmesi için enteral beslenen hastalara yönelik yayınlanmış olan uluslararası bakım protokollerinin kliniklerde kullanılması önerilebilir.

Kritik hastalarda nutrisyonel durumun idamesi ve düzeltilmesi sadece kalori ihtiyacının hesaplanması ile çözülecek kadar basit değildir. Öncelikle olası kesinti sebeplerinin dokümanite edilmesi gereklidir. Temel amacımız önlenabilir kesinti sebeplerini saptayabilmek ve yönetebilmektir.

KAYNAKÇA

1. Savran Y, Limon M, Tokur EM, Cömert B, Erişkin yoğun bakımda entübe hastalarda beslenme yetersizliğine yol açan faktörler ve zamanında yeterli beslenme desteğinin hasta sonuçları üzerine etkisi, Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi, 2016;7(1): 15-20.
2. Gürkan A, Gülseven B. Enteral beslenme: Bakımda güncel yaklaşımlar, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16(2):116-122.
3. Akıncı SB. Enteral nutrisyon uygulama yöntemleri. Klinik Gelişim 2011;24(1):20-25.
4. Uysal N, Eşer İ, Khorsid L. Hemşirelerin enteral beslenme işlemine yönelik uygulama ve kayıtlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):1-9.
5. Bourgault AM, Ipe L, Weaver J, Swartz S, O'dea PJ. Development of evidence-based guidelines and critical care nurses knowledge of enteral feeding. Crit Care Nurs 2007; 27(4):17-29.
6. McClave SA, Sexton LK, Spain DA, et al. Enteral tube feeding in the intensive care unit: Factors impeding adequate delivery. Crit Care Med 1999;27(7): 1252-6
7. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) J Parenter Enter Nutr. 2009;37(5): 277-316.
8. Boullata JI, Carrera AM, Harvey L, et al. ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. J Parenter Enter Nutr. 2017;41(1): 15-103.
9. Peev MP, Yeh DD, Quraishi SA, et al. Causes and consequences of interrupted enteral nutrition: a prospective observational study in critically ill surgical patients. J Parenter Enter Nutr. 2015;39(1): 21-7.
10. Kuslapuu M, Jögelä K, Starkopf J, Blaser AR. The reasons for insufficient enteral feeding in an intensive care unit: A prospective observational study. Intensive Crit Care Nurs 2015;31(5): 309-14

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON :A

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 14:00-15:00

PANEL: YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE BİLİŞİM ve BAKIM TEKNOLOJİLERİ

Konu Başlığı: Yoğun Bakımda Teknolojinin Etkin Kullanımı

Konuşmacı: Prof.Dr. Merdiye Şendir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ

Yoğun bakımlarda kullanılması için pek çok teknolojik araç geliştirilmiştir. Bu araçlar hastalar açısından bakımın güvenliğini artırırken, hemşirelere de bu süreçte büyük kolaylıklar sağlamaktadır.

1. Hemşireliğin Odağı Bakım-Nitelikli Bakım

Hemşire, sağlıklı / hasta bireyin özelliklerini dikkate alarak ve bütüncül değerlendirerek, bireysel gereksinimlerinin karşılanmasında bireyle birlikte doğru, uygun ve gerçekçi bakım eylemini sağlar ve sürdürür. Çok farklı anlamlarda kullanılan bakım kavramını, “hemşirelik bakımı” olarak ayrıcalıklı kılan özellik bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire - hasta ilişkisine yansıtılmasıdır.

“Bakımın Niteliği” ise bilimsel kanıta dayalı olması ve istendik sonuçları üretmesi ile orantılıdır. Hemşireler açısından nitelikli bakımda sağlık sorunlarının hangi boyutta çözüldüğü ve hangi derecede sonuçların elde edildiği önemlidir. Nitelikli bakım; mümkün olan en kısa sürede sağlığı iyileştirmek, korunmak, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, kabul edilebilir bilimsel ilkeleri, uygun modern teknolojiyi, uygun profesyonel kaynakları kullanmak, hizmetin sürekliliği ve değerlendirme için belgelemek ve kayıt tutmak ile sağlanabilir

2. Sağlık Bakım Teknolojileri ve Hemşirelik

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre Sağlık Bakımı Teknolojisi; bir sağlık probleminin çözümüne önemli katkıda bulunabilen, kullanıcılarıyla birlikte yöntem, teknik ve donatımın bir birleşimidir. Hemşirelik Bakımı Teknolojisi; sağlığı sürdürmek, geliştirmek, hastalıklardan korumak, baş edebilmek, bakım verebilmek amacıyla, bireye yardım etmede özellikle hemşireler tarafından kullanılan araçlar ve uygulamalar anlamına gelmektedir. Hemşirelikte teknoloji eğitimden yönetime, araştırmalardan bakım uygulamalarına kadar birçok alanda kullanılmaktadır.

Hemşireler hastaların fiziksel ve emosyonel rahatlığını sağlamak amacıyla güvenli, etkili ve kaliteli bakım girişimlerini gerçekleştirirken teknolojiyi kullanmaktadırlar. Günümüzde hemşirelerin

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

teknolojiyi en yoğun kullandığı birimlerden birisi yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakım üniteleri yüksek teknolojinin kullanıldığı karmaşık birimler olduğu için yoğun bakım hemşireliğinde teknoloji kullanımı daha fazla önem kazanmaktadır.

3. Yoğun Bakımda Kullanılan Teknolojiler

Yoğun bakımda kullanılan teknolojiler; Hemşirelik Bilişimi ve Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik, Nanoteknoloji, Robotik Teknoloji, Teknolojik Bakım Ürünleri/Cihazlarıdır.

4. Tartışma

Yoğun bakımda kullanılan teknolojinin hemşirelik bakımına olan etkilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Çalışmalarda teknolojinin kaliteye üç önemli yararı ortaya koyulmuştur. Bunlar; kılavuz temelli bakımı artırdığı, denetim ve izlemi geliştirdiği, ilaç hatalarını azalttığı yönündedir. Bununla birlikte koruyucu sağlık alanında, zaman yönetiminde etkin olduğu da rapor edilmiştir (Chaudry vd., 2006). Hemşirelik bilişimcilerinin de yer aldığı multidisipliner bir ekip ile yapılan çalışmada, elektronik disfaji izlem aracı kullanılarak inme geçiren hastalarda aspirasyon pnömonosi oranının azaldığı, ekip içi uyum artmıştır (Durn vd., 2018). Yaşam bulgularını monitöre aktaran kamera sayesinde, yoğun bakımda yatan yenidoğan bebeklerin cilt bütünlüğü korunmuş, enfeksiyon riskleri azaltılmış ve konforları artmıştır (Gastel vd., 2018). Hızlı ve güvenilir kan glikozunu ölçen ve hastaya gerekli insülinin anında gönderilmesini sağlayan pompalar ile hiperglisemi riskleri azaltılmaktadır (Thabit ve Hovorka 2018). Yoğun bakımda kullanılan hasta başı monitörleri, infüzyon pompaları, respiratör cihazları, tıbbi görüntülemeler, laboratuvar sonuçları gibi pek çok bilgi tek bir bilgisayar ekranında ve aynı zamanda birden fazla yerde görüntülenebilmektedir. Bu ise hasta başı klinik karar destek sistemlerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Georgia vd., 2015). Transpilorik beslenme tüpü yer tespitinde elektromanyetik cihaz kullanımının araştırıldığı bir başka çalışmada da (Kline vd., 2011) işlem süresinde azalma, başarılı işlem sayısında artma sonuçları elde edilmiştir. Tek cihazda toplanan infüzyon ve beslenme pompası kullanımının hemşirelerin memnuniyet düzeylerini olumlu etkilediği (Gök Metin 2013), bakımevinde tedavi gören bireylerde ilaç dağıtım cihazı kullanımı sonrası hastaların memnuniyet düzeylerinin arttığı (Reeder vd., 2013) belirtilmiştir.

Yoğun bakımda kullanılan teknolojinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan niteliksel bir çalışmaya 8 hemşire dahil edilmiş ve yarı yapılandırılmış anket formu kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Teknolojinin; hastayı monitörize etme, infüzyon başlatma gibi hemşirelik işlemlerini kolaylaştırdığı ve bakıma zaman kazandırdığı, daha güvenilir olduğu, hastayı döndürebilen yataklar ile pozisyon vermenin kolaylaştığı, örnek almadaki yeni yöntemlerin (damar yolunu bulmayı kolaylaştıran vb.) vb. hasta açısından daha az travmatik olduğu; bununla birlikte, yüksek teknolojik araçlar olmadan yoğun bakımda yürütülen pek çok işin yürütülemeyeceği belirtilmiştir (Tunlind vd., 2014). Yapılan başka bir çalışmada ise bilgisayar destekli sistemler ile hemşirelerin form doldurma ve verilere ulaşmada daha az zaman harcayarak doğrudan ve etkili hasta bakımına zaman ayırabildikleri saptanmıştır (Santos, 2010).

Sağlık bakım teknolojilerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve bu alandaki hızlı gelişmeler, hizmeti sunanlar ve alanlar açısından riskleri de

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

beraberinde getirmektedir. Yoğun bakımda istenmeyen hataların nedenleri ve hemşireliğe etkilerini araştıran sistematik derlemeye göre hataların ekipman, ekipmanın uygunsuz kullanımı ve sağlık ekibinin hataları olmak üzere 3 nedeni olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi, ekipmanların düzenli kontrolü ve kontrol listelerinin sürekli kullanımı önerilmiştir. Ayrıca ekipmanların kontrolünün ve ekipmandan kaynaklı hataların azaltılmasının hemşirenin önemli bir sorumluluğu olduğu belirtilmiştir (Ribeiro vd., 2016)

Sağlık bakımında teknolojinin kullanımı, kaynakların paylaşımı, yaşam ve ölüme ilişkin önemli etik sorunları da beraberinde getirmekte bakım işlevlerinin karmaşıklaşmasına yol açmaktadır.

SONUÇ

Hemşireler, bakım gibi oldukça önemli ve karmaşık bir hizmeti verirken, sürekli gözden geçirerek uygun ve nitelikli olup olmadığını sorgulama, bu hizmeti nasıl ve hangi yollarla daha etkin, kaliteli ve maliyet etkili verilebileceğini araştırma sorumluluğunu da taşımaktadırlar.

Teknolojinin yoğun bakım ortamında olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik olarak, hemşirelerin bilinçlendirilmesi ve teknolojik aletlerin kullanımında gerekli önlemlerin alınması konusunda eğitim, uygulama, yönetim ve araştırma rollerini üstlenmelidir. Hemşireler bakımın odağına hemşire-birey ilişkisini tutarak/koruyarak teknoloji ile dost, uzman kullanıcılar olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. CHAUDHRY, B., WANG, J., WU, S., MAGLIONE, M., MOJICA, W., ROTH, E., MORTON, S.C., SHEKELLE, P.G. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 16;144(10):742-52
2. DURN, L.B., BONNER, J., MAYER, E., BRASHER, C., STEWART, E., SINSLEY, D., HUMPHREY, J., REIF, L., OMESS, S., BAUMGARTNER, C., DANALE, E., KUMARASMY, M., NAHAB, F. (2018) Proses Improves the Performance of Dysphagia Screens and Reduces Aspiration Pneumonia Rates Among Stroke Inpatients. *Stroke.* 49 (1).
3. GASTEL, M., BALMAEKERS, B., OETOMO, SB., VERKRUYSE, W. (2018). Near-continuous non-contact cardiac pulse monitoring in a neonatal intensive care unit in near darkness. *SPIE.Digital Library.* <https://doi.org/10.1117/12.2293521>
4. GEORGIA, M.A.D., KAFFASHI, F., JACONO, F.J., LOPARO, K.A. (2015). Information Technologie in Critical Care: Review of Monitoring and Data Acquisition Systems for Patient Care and Research. *The Scientific World Journal.* 1-9.
5. GÖK METİN, Z. (2013). *Tek cihazda birleştirilen infüzyon ve beslenme pompasının tasarımı ve klinikte uygulanması.* Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara
6. KLİNE, A.M., SORCE, L., SULLIVAN, C., WEISHAAR, J., STEINHORN, D.M. (2011). Use of a Noninvasive Electromagnetic Device to Place Transpyloric Feeding Tubes in Critically Ill Children. *Am J Crit Care.* 20(6): 453-460.
7. REEDER, B., DEMİRİS, G., MAREK, K.D. (2013). Older Adults' Satisfaction with a Medication Dispensing Device in Home Care. *Inform Health Soc Care.* 38(3): 211-222.
8. RIBEIRO, G.D., SILVA, R.C., FERREIRA, M.A. (2016). Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. *Rev Bras Enferm.* 69(5):972-980.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

9. SANTOS, S.R.(2010) Computers in nursing: development of free software application with care and management. *Rev Esc Enferm USP*. 44(2):295-301.
10. THABIT, H., HOVORKA, R. (2018). Bridging technology and clinical practice: innovating inpatient hyperglycaemia management in non-critical care settings. *Diabetic Medicine*. 35(4):460-471
11. TUNLIND, A., GRANSTRÖM, J., ENGSTRÖM, A. (2014). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. 31 (2): 116-123.

SALON :B

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 14:00-15:00

PANEL : İNVAZİV ARAÇ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR
Ventilatör ilişkili Pnömoni

Uzm. Hemş. Sibel AFACAN KARAMAN
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
Yeditepe Üniversitesi Diş Hastanesi

GİRİŞ

Enfeksiyon kontrol programlarının hedefi sadece hastane enfeksiyonu hızlarını azaltmak değil, hastane enfeksiyonlarına “sıfır tolerans” yaklaşımı ile “sıfır hastane enfeksiyonu” kültürünü geliştirmektir.

1. SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ

Hastaneye yatan hastalarda en sık gelişen komplikasyonlardan birisinin Sağlık Hizmetiyle ilişkili Enfeksiyonlar (SHİE) olduğu ve buna bağlı komplikasyon gelişme riskinin özellikle yoğun bakım ünitelerinde yüksek olduğu bilinmektedir. Literatürde yoğun bakımda en sık gelişen enfeksiyonlardan birisinin ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) olduğu belirtilmektedir. SHİE’lar mortalite ve morbidite ile yakın ilişkilidir (1,7,8).

VİP insidansı, yoğun bakım ünitesi türüne, hastaneye ve ülkeye göre farklılık göstermektedir. Farklılık nedenleri; ülkenin gelişmişlik düzeyi, yoğun bakımların koşulları, yatak ve çalışan personel sayısı, personellerin eğitimi olması, ventilatör destek tedavisi süresi ve hastanın altta yatan hastalığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (2,7).

CDC’nin tahminlerine göre Amerika’da her yıl yaklaşık 2 milyon hasta SHEİ geçirmekte, yaklaşık 100,000 ölümle sonuçlanmakta ve 4,5 ile 6,5 milyar dolar ek masrafa yol açmakta ve bu enfeksiyonların % 15- 22’si VİP kaynaklıdır (2,6).

Ülkemizde yapılan bir araştırma sonuçları, ventilatör tedavisi gören hastaların %28-85’inde VİP geliştiğini göstermektedir. Riske bağlı hız olarak ifade edildiğinde ise 1000 ventilatör gününde 16.4

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

pnömoni atağı gelişmektedir. VIP gelişmesi mekanik ventilasyon süresini ortalama 10 gün, yoğun bakım ünitesinde kalış süresini ise 6.5 gün uzatmaktadır (9).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada SHİE sıklığı %10’dan %5’e düşürüldüğü takdirde yıllık 48 milyon dolarlık tasarruf yapılacağı ayrıca SHİE sıklığı değişmeksizin çoklu enfeksiyonun önlenmesi halinde yıllık 20 milyon dolarlık tasarruf yapılacağı bildirilmiştir (1).

Tüm dünyada SHİE önlenmesine yönelik ilk adım SHİE’nin izlemi olarak kabul edilmekte ve önlenmesi için ileriye dönük kesintisiz, hastane kapsamında izlem çalışması ile geniş kapsamlı ve ayrıntılı sürveyans gerekmektedir. İyi organize edilmiş bir SHİE kontrol ve sürveyans programının olması halinde SHİE’ların %32 oranında önlenmediği gösterilmiştir (1). SHİE önlenmesi ile ilgili olarak yürütülen birkaç araştırma, sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde de benzer sonuçlara ulaşılabilirdiğini göstermiştir.

Enfeksiyon kontrolünün temelleri, etkinliği kanıtlanmış ve yaygın olarak kabul edilmiş pek çok basit, iyi yapılandırılmış önlemler üzerine oluşturulmuştur (3).

BAKIM PAKETLERİ

2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunan Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak ve her zaman aynı şekilde uygulanması gereken işlemlere uyumu artırmak amacıyla bakım paketi kavramı gündeme getirilmiştir (4,7).

Bakım paketinde yer alacak girişimler belirlenirken bazı ilkelerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bunlar;

- Uzmanlar tarafından kanıtlanmış üç ila beş girişimi içermeli,
- Her girişimi birbirinden kısmen bağımsız olmalı,
- Bir yerde tanımlanmış hasta popülasyonunda kullanılmalı
- Multidisipliner bir bakım ekibi tarafından oluşturulmalı.
- Girişimleri lokal düzenlemelere ve uygun klinik yargıya izin vermek için kurallardan çok tanımlayıcı girişimlerden oluşmalı.
- Uyumun ölçülmesi ya hep ya hiç yöntemi ile yapılmalı
- Adımlar “evet” ve “hayır” şeklinde kontrol listeleri oluşturularak kullanılmalı
- Uyum %95 ya da daha fazla olmalıdır (5).

Bakım paketinde devamlılık esastır. Bakım paketi oluşturulurken önemli olan kurumun gereksinimleri, paketin uygulanabilirliği ve hasta sonuçlarıdır. Kurumun gereksinimleri doğrultusunda belirlenmeli ve kuruma özgü olmalıdır. Bu doğrultuda herhangi bir amaçla bakım paketi hazırlanırken dikkat edilmesi gereken beş soru vardır.

1. Ulaşılabilirlik
2. Yarar
3. Uyum
4. Uygulama
5. Sürdürülebilirlik (4)

Bakım paketleri ile “sıfır” enfeksiyon hedefine ulaşabilmek için Pronovost ve arkadaşları 4E formülünü önermektedir;

Engage- Öncelikle tüm sağlık çalışanlarını bu sürece ortak etmek gerekir.

Educate- Sonrasında çalışanlara var olan kanıtlar doğrultusunda eğitim verilmesi

Execute- Üçüncü adımda uygulama

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

ve son adım ise

Evaluate- Yeniden değerlendirme sürecidir.

Bu şekilde yapılan uygulamalardaki başarılar değişik yayınlarda yer almıştır. Başarıda en önemli faktörlerden biriside takım olmaktır.

1.1. Ventilatör ilişkili Pnömani (VİP) Bakım Paketi

VİP insidansı sağlık bakım sisteminde bir kalite göstergesi olarak görülmektedir. Bu nedenle VİP bakım paketi kritik hasta bakımında güvenliğin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.

Çalışmalarda en çok kullanılan VİP Bakım Paketi uygulamaları;

El Hijyeni: Enfeksiyon gelişimini önlemede en ucuz ve basit yol olmasına rağmen en zor uygulanan enfeksiyon kontrol önlemlerindendir

Yatak Başı Elevasyonu: Mekanik ventilatöre bağlı hastalar yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla supine pozisyonda takip edilmekte ve bu pozisyonun VİP gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir.

Ağız Bakımı: Hastalarda endotrakeal entübasyona bağlı kullanılan tespitler, ağzın sürekli açık kalması, multi ilaç kullanımı, oral beslenmenin olmaması gibi nedenlerle oral kavitenin koruyuculuğu kaybolmakta ve hastanın ağız florasında bulunan gram-pozitif streptokokların yerini gram-negatif bakteriler almaya başlamaktadır. Tüm bu bileşenler, öksürme refleksinin ve mukosiliar aktivitenin bozulması solunum yollarına bakterilerin girişini kolaylaştırmakta, sekresyon artışına neden olarak aspirasyon riskini arttırmakta ve VİP'e neden olabilmektedir. Bu nedenlerden hastalarda antiseptik bir solüsyon ile ağız bakımı VİP riskini azaltılabilmektedir.

Günlük Olarak Sedasyona Ara Verilmesi ve Ekstübasyona Hazırlığın Değerlendirilmesi: Sedatif ve narkotik ilaç kullanımı merkezi sinir sistemi fonksiyonlarını baskılayarak hastanın bilinç düzeyini azaltmakta, hastada öksürük ve öğürme refleksleri kaybolarak aspirasyon riski artmaktadır. Endotrakeal tüpün balonu ise aspirasyonu önlememekte, ayrıca bu balon üzerinde biriken sıvı sürekli olarak alt solunum yollarına sızmaktadır. Mekanik ventilatörden ayırma işleminin gecikmesi ise mekanik ventilatöre bağlı komplikasyonların artmasına, dolayısıyla VİP riskinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle günlük olarak sedasyon uygulamasına ara verilip ekstübasyona hazırlığın değerlendirilmesi gerekmektedir.

Peptik Ülser Profilaksisi: Solunum yetersizliği olan hastalarda mekanik ventilasyonun 48 saatten uzun süre uygulanması peptik ülser riskini arttıran önemli faktörlerdendir. Ancak peptik ülser profilaksisinde kullanılan ve gastrik pH'ı nötralize eden ilaçlar özellikle duodenum kaynaklı gram negatif bakterilerin midede çoğalmasına neden olabilmekte, beslenme tüpünün varlığı gastroözefajial sfinkterin kapanmasını engelleyerek reflü gelişme riskini arttırmaktadır. Bu durumda kolonize mide içeriğinin reflüye bağlı aspirasyon ile solunum yollarını kontamine etmesi sonucu hastalarda VİP gelişebilmektedir. Bu nedenle peptik ülser profilaksisinde gastrik pH'ı nötralize etmeyen ve bakterisidal etkisi bulunan ajanların kullanılması önerilmektedir.

Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi: Yoğun bakımda hastaların mobilitelerinin kısıtlanmış olması, kan akımındaki değişiklikler ve hiperkoagülabilité nedenleriyle DVT gelişimi açısından yüksek risk vardır. Bu nedenle kontrendikasyon bulunmadığı sürece DVT profilaksisi, elastik basınçlı çorap ve aralıklı pnömatik kompresyon uygulanması önerilmektedir (4,7,8).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bakım paketi hasta, kurum ve çalışan için olumlu sonuçlar ortaya çıkaran ve bakım kalitesini artıran tamamı kanıta dayalı güvenli ve multidisipliner uygulamalardan oluşan bir yaklaşımdır. Paketin geçerliliği için içerisinde yer alan girişimlerin tamamının uygulanması gerekmektedir.

VİP'nin önlenmesi konusunda etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış girişimlerin teker teker yerine bir bakım paketi halinde ve multidisipliner yaklaşım ile uygulanmasının bu enfeksiyonları önlemede etkin rol aldığını gösteren birçok kanıt temelli yayın bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gökler M.E. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde Endürolojik Cerrahi İşlem Sonrası Gelişen Hastane Enfeksiyonlarının Maliyeti Ve Kontrol Önlemlerinin Etkisi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir. 2015
2. Yalçın A. N., Hastane Enfeksiyonları Maliyet Analizi . İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008(60):15- 22.
3. Weaver SJ, Weeks K, Pham JC, Pronovost PJ. On the CUSP: Stop BSI: evaluating the relationship between central line-associated bloodstream infection rate and patient safety climate profile. American journal of infection control. 2014;42(10 Suppl): S203-8.
4. Candaş B., Gürsoy A. Hemşireler için Harekete Geçme Zamanı: Kanıta Dayalı Uygulamalardan Bakım Paketlerine. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14 (3): 233-238
5. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How to guide: prevent ventilator-associated pneumonia. Cambridge, MA: www.ihl.org. Retrieved January 30, 2013.
6. Kurutkan M.N. Kanıta Dayalı Uygulamalar Bağlamında Bir Hasta Güvenliği Uygulaması: Care Bundles (Temel Önlem Paketi). Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2014; 1(2):83-88
7. Okgün ve ark. Ventilator ilişkili Pnömoninin Önlenmesi: Bakım Paketi Yaklaşımı. İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi; 2015; 3:38-47
8. Akbayrak ve ark. Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonların önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13: 4
9. Arman ve ark. Sağlık hizmeti ile ilişkili pnömoninin önlenmesi kılavuzu. Hastane Enfeksiyonları Dergisi. 2008; 12(2): 3-14

SALON :B

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 14:00-15:00

PANEL : İNVAZİV ARAÇ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Üriner Kateter ilişkili enfeksiyonlar

Uzm.Hem.Pakize Aygün

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Hastanede yatan hastalarda, invazif alet kullanımının artması, konak savunma mekanizmalarının bozulması, altta yatan hastalıklar ve geniş spektrumlu antimikrobiyal

kullanımına bağlı olarak sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar daha sık görülmektedir.

Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonları (NÜSİ) , yoğun bakım ünitelerinde(YBÜ) daha sık olmak üzere, en sık belirlenen enfeksiyonlardandır. NÜSİ'nin A.B.D ' de her yıl yaklaşık bir milyon kişiyi etkilediği ve gram-negatif bakteriyemilerin en sık kaynağı olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda NÜSİ diğer hastane enfeksiyonları arasında %20 – 49 arasında değişen oranlarda bulunmuştur.

Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu (yaklaşık % 80) üriner kateterizasyon sonrası oluşmaktadır. Yaklaşık yılda 5 milyondan fazla hastaya üriner kateter uygulanmaktadır . Hastanelerdeki kateter kullanım oranının yoğun bakım ünitelerinde belirgin olarak yüksek olduğu belirtilmektedir. EPİC çalışmasında YBÜ'nde yatan hastaların %75.2 'sinin üriner kateteri olduğu belirlenmiştir.

Risk Faktörleri

Hastanın yaşı, altta yatan hastalığı, (diabetes mellitus, renal yetmezlik, kalp yetmezliği gibi) birden çok hastalık varlığı, hastanın immun yetersizlik durumu, hastada gelişen (akut solunum sıkıntısı sendromu, akut böbrek yetmezliği, dissemine intravasküler

koagülasyon, sepsis gibi) komplikasyonlar, enfeksiyon gelişmesi ve prognozda önemli faktörlerdir.

Kateter takılan hastaların yaklaşık %20-30' unda yedinci günden sonra bakteriüri ya da candidüri oluşmakta, sonra her gün % 5 oranında bu risk artmaktadır ve uzun süreli kateterizasyon sonrası tüm hastalarda bakteriüri belirlenmektedir. Bakteriüri tespit edilenlerin ise %30 unda semptomatik üriner enfeksiyon gelişmektedir. Tüm bu enfeksiyonların mortalite üzerinde olumsuz etkileri de belirlenmiştir. NÜSİ aynı zamanda ekonomik kayıplara da yol açmaktadır.

Kısa süreli kateterizasyon 1-7 gün kateterin takılı kalmasıdır. Ameliyat sonrası uygulamalar genellikle kısa sürelidir. Otuz günden daha uzun süreli kateter uygulamaları için "uzun süreli kateter uygulaması" tanımı kullanılmaktadır. Bu hastaların çoğunda üriner kateterler aylarca bazen yıllarca kalmaktadır. Bu hastalara ne kadar iyi bakım verilirse verilsin hemen hepsinde bakteriüri gelişir.

Escherichia coli nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonlarının en sık nedenidir. *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* , enterokoklar, *Pseudomonas aeruginosa*, stafilokoklar (*S epidermidis*, *S saprophyticus*) ve *Candida* cinsi mantarlar da etken olabilir. Üretilen bakterinin etken olduğuna karar vermek kolay olmamaktadır ve klinik veriler mutlaka dikkate alınmalıdır. Üriner kateterli hastalar hastanelerde çoğul-dirençli mikroorganizmalar için ciddi bir havuz rolü de oynamaktadırlar.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Üriner sistem infeksiyonlarının önlenmesi :

Bakteriler, üretradan kateter takılması sırasında, kateterin çevresinden üretral meatustan lümen-dışı yolla ya da lümen-içi yolla (idrar torbasından veya sonda-idrar torbası bileşke yerinden) üriner sisteme ulaşırlar.

1-Olabildiğince kateterizasyondan kaçınmak:

En iyi çözümdür. Kateter kesin endikasyonlar olduğu zaman konulmalı ve mümkün olduğunca erken çıkarılmalıdır. Seçilmiş hastalara alternatif idrar drenaj yöntemleri tercih edilebilir. Erkek hastalara kondom kateter uygulanabilir Özellikle üroloji servislerinde uygulanan suprapubik kateterler üriner infeksiyon riskini azaltabilirler.

Suprapubik kateter ; lokal ya da genel anestezi altında direkt mesaneye bir kateterin yerleştirilmesi şeklinde uygulanır. Bu uygulamada bakteriüri oranları daha düşüktür.

Aralıklı kateter uygulaması; mesane boşaltım disfonksiyonu olan hastalarda (omurilik hasarı olanlar, meningomyeloseli olan çocuklar , ...vb) uygun bir alternatif olarak önerilebilir. Hasta kendisi ya da yardımcısı 3-6 saat aralıklarla hastaya kateter uygulayarak idrarı boşaltır. Bu hastalara hastanede steril teknikle, hastane dışında temiz-nonsteril teknikle uygulamalar yapılmaktadır.

Kateter takılması gerektiğinde şu noktalar mutlaka hatırlanmalıdır :

- Önce kateterin gerekliliğinin ve diğer alternatiflerin değerlendirilmesi
- Hergün üriner kateter gerekliliğinin değerlendirilerek izlenmesi
- Üriner kateter takılması ve bakımının bir kayıt sistemiyle izlenmesi

2-Kateterizasyondan kaçınılamıyorsa kateteri aseptik koşullarda takmak:

Kateter bu konuda eğitilmiş personel tarafından uygulanmalı ve izlenmelidir. Uygulama sırasında uyulması gereken kurallar şöyle sıralanabilir.

- Perine ve meatus bölgesinin su ve sabunla temizlenmesi
- Steril delikli örtü kullanılması
- Mutlaka aseptik teknik ve steril ekipman kullanılması
- Kateterin başka bölgelere değmeden direkt üretraya sokulması
- Steril-tek kullanımlık jellerin uygulanması
- Kateter takıldıktan sonra balonun steril su ile doldurulması

Meatus temizliğinde antiseptiklerin kullanılmasının etkinliği gösterilememiştir. Takılacak kateterin seçiminde en az travmaya yol açan, serbest idrar akışını sağlayacak en küçük kateteri seçmek önerilmektedir. Kısa süreli uygulamalarda plastik kateterler uygulanabilirse de 3 haftaya kadar uygulamalarda silikonla kaplı lateks ya da teflon kateterler, 3 haftadan daha uzun sürelerde uygulanacaksa silikon kateterler tercih edilir. Balon içeriği 10 ml olanlar uygundur.

Perine üriner infeksiyona yol açan bakterilerin merkezi konumundadır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

3- Kapalı drenaj sistemini korumak :

Kapalı drenajı sağlamak için şu kurallara mutlak uyulmalıdır:

- Kateterden idrar toplama torbasına kesintisiz akım sağlanmalıdır. Kateter ve idrar toplama torbası mesane seviyesinin altında olmalıdır ve torba yerle temas etmemelidir.
- Sistemde kıvrılmalar olmamasına dikkat edilmeli
- İdrar çıkışı izlenmek isteniyorsa özel miktar belirleyici torbalar (Ürofix,..) tercih edilmelidir.
- İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemeli ve idrar boşaltım işlemi gerekli oldukça mümkün olan en az sıklıkta yapılmalıdır.
- Kateter ile idrar toplama torbası arasındaki bağlantı bozulmamalı, idrar mutlaka idrar toplama torbasının altındaki sistemden boşaltılmalıdır.
- İşlemler sırasında mutlaka eldiven giyilmeli, işlem öncesi ve sonrası eller yıkanmalıdır
- İdrar toplama torbasının mesane seviyesinden yükseğe kaldırılmamalıdır. Mikrobiyolojik inceleme için idrar örneği mutlaka kateterden ,varsa örnek alma bölümünden, yoksa kateterin son bölümünden aseptik tekniğe uyularak alınmalıdır. Rutin olarak kateterli hastalardan idrar kültürü alınması önerilmez.
- Kateterin belirli aralıklarla değiştirilmesi önerilmez. Kateterler ancak klinik gereklilik varsa (yapışıklık, tıkanıklık, gibi) değiştirilmelidir.
- Mesane irrigasyonu katetere bağlı üriner enfeksiyonları önleyememektedir. Bu uygulamalar kateter tıkanığında ya da ürolojik girişimler sonrası gerekli olabilir.

- Ayrıca temel öneriler hatırlanmalı ve vurgulanmalıdır:
- El hijyeni
- Uygun eldiven kullanımı
- Eğitim.
- Prevalans izlem çalışmaları
- Çoğul dirençli mikroorganizmalar ile enfekte hastaların (metisilin dirençli *S aureus*, vankomisine dirençli enterokok, *Klebsiella* cinsi, *P aeruginosa* gibi) mümkünse ayrı odalara alınması faydalıdır. Eğer ayrı bir odaya alınamıyorsa temas önlemlerinin alınması gereklidir

Sonuç olarak katetere bağlı üriner sistem enfeksiyonları uygun önlemler ile azaltılabilir enfeksiyonlardır. Merkezler bu konuda kendi politikalarını oluşturmalı ve bu politikalarda hemşireler merkezde bulunmalıdır.

KAYNAKLAR :

1. Aygün P.(2008) Kateter ilişkili üriner enfeksiyonların önlenmesi. Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum dizisi (60) Sf:131-137

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

2. Vincent J, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine M et al.(1995) The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe: Results of the EPIC Study . JAMA 274 : 639-44.
3. Bakır M. (2003)Nozokomiyal üriner sistem infeksiyonlarından korunma . Bakır M, Akova M, Dökmetaş İ ed. Hastane İnfeksiyonları I. İleri Hekim Eğitim Kurs Kitabı .
4. Ketten D, Aktaş F. (2014) Sondayla İlişkili Üriner Sistem İnfeksiyonları. Klimik dergisi.27(2):38-47

SALON :A

TARİH: 11 EKİM

SAAT: 18:00-19:00

SOSYAL KONFERANS

Dönüşen Sağlık Paradigması

Doç. Dr. Deniz Sezgin

Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi

Giriş

Tıp alanında yaşanan gelişmeler dünya genelinde akut bulaşıcı hastalık salgınlarına bağlı ölüm oranlarını düşürürken dejeneratif hastalıkların görülme sıklığını görece olarak artırmış, yanı sıra süregenleşmenin sık rastlanmasına yol açmıştır. Yaşam süresi uzamış; bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak istedikleri süre ve olanak beklentisi de buna bağlı olarak artmıştır. Tıptaki ilerleme bireysel sağlık ve yaşam kalitesi konusunda karşılanması güç bir beklenti yaratmış; hastalıkların ve semptomların hiç mevcut olmadığı bir hayata dair bir illüzyona neden olmuştur. Toplumsal, endüstriyel ve teknolojik gelişmelerle beraber, bireylerin yaşam biçimleri, hayatı algılayışları ve davranış kalıpları da dönüşerek değişmiş ve değişmeye devam etmektedir. Buna bağlı olarak bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı, medya ve yeni iletişim teknolojilerinin de aracılığı ile, bu hizmetlere yönelik talebi yükseltmiştir.

Toplumsal koşulların değiştiği, yeni yaşam biçimlerinin bireylerin gündelik alışkanlıklarını değiştirdiği günümüz dünyasında, değişen sağlık anlayışının ve iletişim pratiklerinin birbirinden ayrılmaz bir ikili olduğu iddia edilebilir. İfade edilen temel noktaların çalışmanın temel sorunsalına ilişkin bir fikir verdiği düşüncesi ile, bu çalışmada değişen sağlık paradigması ve medya ikilisinin paralel bir anlatımla ele alınacağı belirtilmelidir.

Dönüşen Sağlık ve Medya

Medyanın geçtiğimiz on yıl içinde sağlık/hastalık konularına ve bu konularla beraber düşünebileceğimiz kozmetize edilmiş sağlık konularına şimdiye kadar olmadığı kadar geniş yer ayırdığını söyleyebiliriz. Haber bültenlerinin standart sağlık ve hijyen gündemlerinin yanı sıra,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

televizyonda sağlık programlarında gözlemlenen geometrik artış, pek çok gazetenin çoğu kere tam sayfa sağlık haberleri/dizileri yayınlamaları, pazarlama iletişimi alanında sağlık ve hastalık temalarının hemen hemen her tür ürün tanıtımı için yineleyen kavramsal çerçeve haline gelmesi, sağlık dergilerinin yaygınlaşması, internette sağlık temalı sayfalarda gözlemlenen artış, özetle, tüm mecralarda sağlık konulu içerikte gözlemlenen "şişme" bu kapsamda akla ilk gelen unsurlardır. Medyada yer alan sağlık söylemi ile, sağlıklı olmanın koşulları tarif edilirken sorumluluk bireye yüklenmektedir. Çevre koşullarının göz ardı edildiği, bireyin merkeze yerleştirildiği söylemde bireyler bilgi vermek yerine malumat bombardımanına maruz bırakılmakta ve bireylerin sorgulama olmaksızın söylenenler arasından tercih yapması beklenmektedir. Özetle ifade etmek gerekirse, sağlık/hastalık meselesi, toplumsal ya da kamusal bir sorunsal olarak değil, bireyin bir gündelik yaşam deneyimi ve yükümlülüğü olarak inşa edilmektedir.

Birey, gözetlenen, denetlenen, kontrol altında tutulan bir beden olarak, sağlığının geliştirilmesi ve devamlılığının sorumluluğunu üstlenmesi gereken, bu nedenle de kendine sunulan sağlıklı yaşam önerileriyle doğru sağlık davranışlarını hayata geçirmesi beklenen bir konumdur. Geleneksel medya sağlık bilgilerinin sunumunda mevcut durumunu korurken, hızlı, erişilebilir ve diyalojik olma özellikleri nedeniyle yeni medyanın kullanımını da hızla artırmaktadır. Bununla beraber yeni medyada yer alan sağlık bilgilerinin ve önerilerin doğruluğu ve güvenilirliği bir endişe konusu olma özelliğini sürdürmektedir. Aynı zamanda birey medya ürünlerini tüketirken yalıtılmış olmadığı için pek çok uyararla etkileşim içindedir.

Bu yaşanan süreçte, sağlık profesyonellerinin geleneksel gücü hastaların ve sağlık hizmeti arayanların eline geçmeye başlamıştır. Bu güç kaybı, çoğu sağlık çalışanı tarafından olumlu görülmektedir. Hastanın bilgi sayesinde güçlenmesi ile, karşılıklı bilgi ve güvene dayalı bir hekim-hasta ilişkisi kurulması ve dolayısıyla tedavi hakkında birlikte karar verebilme gibi olumlu gelişmeler olabileceği düşünülmektedir. Ancak diğer yandan, bu güçlendirmenin, bencilliğin öne geçtiği ve eşitlik, adalet, vatandaşlık hakları, bilimsel ahlak gibi kavramların göz ardı edildiği durumlarda bir olumsuzluğa dönüşebileceği de unutulmamalıdır.

Sonuç-Tartışma

Katı bir bilim değil, uygulamalı bir bilim olduğu söylenen tıp biliminde de yavaş ancak sürekli bir paradigma değişimi yaşanmakta olduğu söylenmektedir. Elektronik sağlık uygulamaları ve sağlık enformatiği sağlık hizmeti sunuluşunun temelinde yatan prensibi değiştirmemekle birlikte, yapının, organizasyonların ve sistemlerin köklerini değiştirmiştir. Hizmetin arz edilme usullerindeki değişim, bireyin/hastanın bilgi yoluyla güçlendirilmesi, karar verme süreçlerindeki katılımcıların çoğalması bu paradigma değişiminin somut örneklerini oluşturmaktadır. Bu değişim, aynı zamanda, klinisyenleri de güçlendirmekte olan bir süreçtir. Gelişen teknoloji sayesinde, sağlık profesyonelleri sadece kendi deneyimleri, bilgileri ve sezgileriyle teşhis koyma ve karar verme süreçleri yerine, kendi kendine öğrenme, daha geniş bilimsel bilgi veritabanına hızla ulaşabilme ve kararlarını doğrulatabilme imkanlarına kavuşabilmektedir. Paradigma değişimleri sarsıntı ve tartışma dönemlerinde tetiklenebilmektedir ve paradigma dönüşümü bazen uzun yıllar sürebilmektedir. Yaşanmakta olan köklü değişimlerin bir paradigma değişimine hizmet etmekte olduğunu; ancak, sağlık hizmetlerinin alanının genişliği düşünüldüğünde, sözü edilen paradigma değişiminin yavaş olacağını söylemek mümkündür.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Kaynakça

- Cheek, J. (2008) Healthism: A New Conservatism, Qualitative Health Research, Volume 18 Number 7: 974-982.
- Conrad, P. (2007) Medicalization of Society, USA: The Johns Hopkins University,
- Crawford, R. (1980) Healthism and The Medicalisation of Everyday Life. International Journal of Health Service, 10: 365–88.
- Foucault, M. (1993) Cinselliğin Tarihi 1, çev., H. Tufan, İstanbul: Afa.
- Illich, I. (1995) Sağlığın Gaspi, çev., S.Sertabiboğlu, İstanbul: Ayrıntı.
- Kuhn T.S. (2006) Bilimsel Devrimlerin Yapısı, çev. N. Kuyaş, İstanbul: Kırmızı.
- Seale, C. (2004) Health and Media: An Overview, Health and Media, in C. Seale (der.) içinde, USA: Blackwell: 1-19.
- Sezgin, D. (2015) Sağlık İletişiminde Paradigma İhtiyacı: Disiplinlerarası İşbirliğine Çağrı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 68(3): 57-63.
- Sezgin, D. (2011) Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık, İstanbul: Ayrıntı.
- Szasz, T. (2007) The Medicalization of Everyday Life, USA: Syracuse University.

SALON :A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 08:30-09:30

PANEL: TRAVMA YOĞUN BAKIM

Kafa Travmalı Hastanın Yönetimi

Uzm. Hem. Keziban ŞİRİN

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa / Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD

GİRİŞ

Kafa travması beyin işlevlerinin kafaya alınan bir darbe, penetran yaralanma veya bir sarsıntı ile bozulmasıdır (1,6,7).

EPİDEMİYOLOJİSİ

Travma ölümlerinin başta gelen nedenidir. Gençlerde ve 75 yaş üzerinde kafa travması daha sıktır. Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülür. Ülkemizde trafik kazaları ve düşmeler kafa travmasına en fazla yol açan nedenlerdir (1,6,7)

Kafa travmasının şiddeti Glasgow Koma Skoru (GKS)'na göre hafif, orta ve ağır olarak derecelendirilir (6,7).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

A- Göz açma
1- Hiç açmıyor
2- Ağrı ile açıyor
3- Sözle açıyor
4- Spontan açık
B- Sözel yanıt
1- Konuşma yok
2- Anlaşılmaz sesler çıkıyor
3- Anlamsız kelimeler
4- Dezoryante
5- Tam oryante
C- Motor cevap
1- Ağrıya yanıt yok
2- Ağrıya ekstansör yanıt (deserebre)
3- Ağrıya anormal fleksör yanıt (dekortike)

GKS	Sınıf
3-8	Ağır kafa travması
9-12	Orta şiddette kafa travması
13-15	Hafif kafa travması

FİZYOLOGİ

Kafa travması sonucunda oluşan patofizyolojik değişiklikler iki ana kısma ayrılır;

- **I. Birincil (Primer) Hasar**
- **II. İkincil (Sekonder) hasar**

Primer hasar travmanın olduğu anda oluşan hasardır, sekonder hasar ise primer hasardan sonra hipoksi, hiperkapni, hipotansiyon, kafa içi basıncının artması ve hiperglisemi gibi faktörlerin zaman içinde oluşturduğu hasardır (6,7).

Kafa travmalı bir hastanın yoğun bakım sürecinde öncelikli amaç: Beyinde; travma anında ve travmanın direkt etkisi sonucu oluşup **Primer Hasar olarak adlandırılan** hasarlanmadan iyi bir derlenme sağlamaktır. İkinci olarak ise: Travma ve hasara bağlı olarak; hipoksi, hiperkarbi, hipotansiyon, iskemi, ödem, kanama, kafa içi basınç(KİB) artışı, herniasyon gibi komplikasyonlar sonucu gelişen ve **Sekonder Hasar diye adlandırılan beyin hasarı oluşumunu engellemektir**. Sekonder beyin hasarının önlenmesi morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır (6,7).

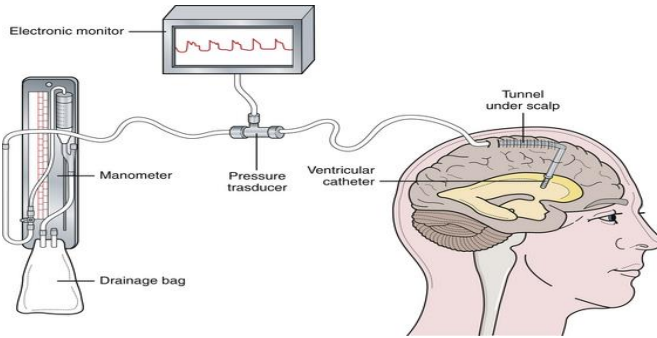
2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo I: Sekonder hasar nedenleri

Sistemik	İntrakraniyal
Hipoksi	Kafa içi basınç artışı
Hipotansiyon	Hematom
Anemi	Konvülsiyon
Hipo/hiperkarbi	Enfeksiyon
Ateş	Vazospazm
Hipo/hiperglisemi	
Hiponatremi	

Kafa içi basınç, kafatası içerisinde, beyin omurilik sıvısı (BOS) (100-150 ml), kan (100-150ml) ve beyin dokusunun (1200-1600 ml) oluşturduğu basınçtır. **Normal KİB değeri**, yaşa bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, yetişkinlerde **0-10 mmHg'dır** (2,5).

Kafa içi basıncı (KİB) GKS'si 9'un altında olan ağır kafa travmalı olgularda ve/veya intrakraniyal hematom, kontüzyon ve ödem gibi BT bulguları olan hastalarda ölçülmelidir ve 20 mm Hg'nin altında tutulmalıdır. Bu değerin üzerinde mortalite ve morbiditenin arttığı bilinmektedir (1,2,6,7).



Kafa travması olgularının tedavisindeki ana prensip KİB'yi düşürüp beyin perfüzyon basıncını yeterli düzeyde tutmaktır. Bu amaçla medikal ve cerrahi teknikler bir arada kullanılmaktadır (5).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Travmatik beyin yaralanmalı hastanın kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinimi vardır. Nöroşirürji hastalarında, hiperkarbi, hipoksemi, endotrakeal aspirasyon, valsalva manevrası, ağrılı uyaranlar ve serebral metabolizmayı arttıran aktiviteler gibi birçok faktör kafa içi basıncı etkiler. (1,2,3)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Kafa İçi Basınç Artışını Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri; İntrakranial basınç artışı olan hastaya uygulanacak hemşirelik bakımının amaçları; yeterli serebral perfüzyonu sağlamak, KİB'nın normal sınırlarda olmasını sağlayarak ikincil beyin hasarını önlenmek, KİB'ı arttırdığı bilinen faktörleri kontrol etmektir (2,4). Bu amaçla, yeterli oksijenizasyonu sağlama, hastaya uygun pozisyon verme, izometrik kas kontraksiyonlarının önlenmesi, valsalva manevrasını azaltacak girişimlerde bulunma, ağrılı uyaranları azaltma, serebral metabolizmayı arttıran durumları önleme ve hemşirelik girişimlerini planlama gibi girişimlerin yapılması önemlidir (2,3,4).

- ✓ **Nörolojik İşlevlerde Bozulmanın İzlemi**
- ✓ **Bilinç Düzeyi**
- ✓ **Yaşam bulguları**
- ✓ **Hava yolu sürekliliğinin sağlanması**
- ✓ **Sıvı elektrolit dengesinin**

- ✓ **Normal beden sıcaklığının sürdürülmesi**
- ✓ **Cilt bütünlüğünün sürdürülmesi**
- ✓ **Bilişsel işlevlerin düzenlenmesi**
- ✓ **Uyku bozukluğunun önlenmesi**
- ✓ **Ailesel başa**

SONUÇ

Sonuç olarak, nöroşirurji hastasının tedavi ve bakım girişimleri, KİB artışının erken belirti ve bulgularını saptayabilme, uygun izlem ve zamanında tedavi/bakımı gerçekleştirme ve böylece oluşabilecek herniasyon ve ölümü önlemeye odaklanır. Nöroşirurji hastasına bakım veren hemşire, KİB'nı etkileyen ve arttıran faktörleri bilmeli, KİB artışını önlemeye ve erken tanılamaya yönelik girişimleri gerçekleştirebilecek; bireysel bakım girişimlerini planlayıp, uygulayabilecek yeterlilikte olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akyolcu N, Kanan N , Aksoy G. Cerrahi Hemşireliği II. Nobel Tıp Kitabevleri; 2017 : 590-594.
2. Barker E. Intracranial pressure and monitoring. Neuroscience nursing, a spectrum of care. 3rd ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008 : 305- 336.
3. Basavanthapp BT. Neurological nursing. Medical surgical nursing. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2009 : 783-890.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

4. Karadakovan A. [Diseases of the nervous system] In: Karadakovan A, Eti Aslan F, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. P: 1176-1214.
5. Korkmaz Dilmen Ö, Tunalı Y, Yentür E, Kafa travmalarında yoğun bakım tedavisi. Ed; Şahinoğlu H, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, Hadımköy, İstanbul; 2011: 691-700.
6. Korkmaz Dilmen Ö, Akçıl E, Tunalı Y Travmatik Beyin Hasarında Yoğun Bakım Tedavisi. Turk J Anaesth Reanim 2015; 43: 1-6.
7. Öztekin S D, Nöroşirurji Hemşireliği, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul; 2015 : 390-395.

SALON :A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 08:30-09:30

PANEL : TRAVMA YOĞUN BAKIM

Batın Travmalarında Hemşirelik Yaklaşımı

Doç. Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Epidemiyoloji

“Travma” sözcüğü genellikle bedenin yapısal bütünlüğünü bozan bir yaralanma olayını tanımlamak için kullanılır (Dur vd., 2009, s. 24-27). Travma sonrası ölümlerin %50'si olay yerinde, %30'u travmayı takiben ilk 24 saat içerisinde ve %20'si ise ilk 24 saatten sonra gerçekleşir (Şahin, 2011). Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan batın travmaları, tüm travmatik yaralanmaların ortalama %25'ini oluştururken, aynı zamanda %13-15 mortalite oranına sahiptir. (Aksoy & Altun Uğraş, 2008, s. 50-56)

Genel Bilgiler, Tanı ve Değerlendirme

Batın, üstte diyafragma, altta pelvis, arkada vertebra, yanlarda ve önde adalelerle sınırlanan bir boşluktur (Eti Aslan, 2004). Batın travmaları; baş, boyun ve toraks travmalarından sonra üçüncü en sık ölüm nedenidir (Tokem, Sucu Dağ & Dölek, 2017). Batın travmaları künt ve penetran travmalar olarak sınıflandırılmaktadır. İyatrojenik nedene bağlı batın travmaları da sık görülmektedir. Künt batın travmaları, karın duvarı bütünlüğü bozulmaksızın karın içi organlarda yaralanma oluşturan travmalardır. Karın duvar bütünlüğü bozulmuş, ateşli silah ya da kesici ve delici alet yaralanmaları sonucu penetran travmalar meydana gelmektedir (Tokem vd., 2017). Künt batın travmaları genellikle

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

motorlu araç kazaları, yüksekten düşmeler ve darp gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir. En sık yaralanan organlar; dalak, karaciğer, ince bağırsak ve böbrektir. Basınç, ezilme ve yırtıcı etkiye bağlı olarak fiks organlarda meydana gelen ani deselerasyon sonucu yaralanma gelişmektedir (Aygin, 2014).

Penetran travmalar ise genellikle ateşli silah yaralanmaları sonucu görülür. Batın içi organ yaralanma olasılığı %90-98 oranında olup, en sık yaralanan organlar; ince bağırsak, karaciğer, mide ve kolondur. Penetran batın travmalarında kanamaya bağlı görülen hipovolemik şok en büyük ölüm nedenleri arasındadır (Eti Aslan, 2004; Aygin, 2014). Batın travmalı hastaların değerlendirilmesinde CABDE yaklaşımı kullanılmaktadır: Circulation (Dolaşım ve Kanama Kontrolü), Airway (Havayolunun Sağlanması), Breathing (Solunum ve Ventilasyon), Disability (Nörolojik Durum) ve Exposure (Elbiselerin Çıkarılması). İlk olarak hipovolemik şok tablosunun değerlendirilmesi gerekmektedir (Şahin, 2011). Batın muayenesi dikkatli ve sistematik bir şekilde yapıp, muayene sırası inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyon şeklinde olmalıdır. Muayene sırasında rektal ve vajinal bölge ile erkeklerde penis de değerlendirilmelidir. Batın travmalarında en önemli belirti ağrıdır. Ağrının yanı sıra hastalarda bulantı, kusma, harsketsizlik isteğı, bağırsak seslerinin azalması ya da yok olması, abdominal ve rebound hassasiyet bulgusu ve sırt üstü yatar pozisyonda omza vuran ağrı (Kehr' işareti) gibi belirtiler de görülmektedir. Batın travmalarında tanıda; öykü, fizik muayene, karın muayenesi, radyolojik (radyografiler, toraks filmi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, anjiyografi, travmada odaklanmış karın sonografisi-FAST) ve laboratuvar (arter kan gazı, tam kan sayımı, idrar analizi, serum elektrolitleri) tetkikleri, parasentez, periton lavajı ve tanısal laparoskopi kullanılmaktadır (Aygin, 2014).

Tedavi Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Travmada hemşirelik girişimleri, yaralanma anından itibaren bireyin iyileşme ve rehabilitasyon sürecini içeren uzun bir dönemi kapsar (Aksoy & Altun Uğraş, 2008; Algier, 2004). Batın travmalarında ana hedef yaralanma mekanizması ne olursa olsun batın içi organlarda yaralanma olup olmadığının saptanmasıdır. Bu amaçla tanı yöntemi basitten karmaşığa doğru bir yol izler. Tedavi ve bakım girişimleri; birincil değerlendirme, resüsitasyon, ikincil değerlendirme, tanısal değerlendirme ve kesin tedavidir. Hastaların hangi tedavi kurumlarına gidecekleri ve ne düzeyde tedavi göreceklarine triyaj ile karar verilir. Batın travmalı hastaların değerlendirilmesinde CABDE yaklaşımı kullanılmaktadır. Hastanın havayolu açıklığı sürdürülmeli, kanama kontrolü ve immobilizasyonu sağlanmalıdır. Sistolik kan basıncı 90 mm Hg'nin altında ise aksi kanıtlanana kadar hemodinamik stabilitenin olmadığı kabul edilir (Şahin, 2011; Şelimen, Özşahin, Gürkan & Tavioglu, 2008; Aksoy & Altun Uğraş, 2008). Doku perfüzyonunu yeniden sağlamak için sıvı tedavisine erişkinde 1 litre serum fizyolojik, laktatlı ringer veya diğer kristalloid solüsyonların verilmesiyle başlanır. Bu işlem kan transfüzyonu yapılmadan önce bir kez tekrarlanır. Bilinç durumu yerinde olan ve yaşam bulguları stabil olan ya da resüsitasyon sonrası normale dönen travmalı hastalarda kanama olasılığı düşüktür. İnataç hipotansiyonu ve ilk resüsitasyona rağmen cevap alınamayan hastalarda yaşamı tehdit eden kanama olasılığı yüksek olduğu için acil tanı ve tedavi işlemleri hızla yapılmalıdır. İlk sıvı tedavisine yanıtı geçici olanlarda ya yeteri kadar ilk resüsitasyon yapılmamıştır ya da halen devam eden bir kanama mevcuttur. Tüm sistemlerin muayenesi detaylı olarak yapılır. Bu değerlendirmeler sonucu hastaya yapılacak tedavi şekli belirlenir. Yaşamsal tehdit oluşturan durumlar, travma hastalarında sonradan da ortaya çıkabilir ve travma hastalarının sürekli izlemi

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yapılmalıdır. Batın travmalı hasta hemodinamik duruma ve periton iritasyon bulgularının olup olmamasına göre ya eksplorasyon amaçlı cerrahi olarak tedavi edilir ya da non-operatif tedavi ile takip edilir. Travma hastalarının tedavi ve bakımı, yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yaşamı tehdit edici durumların ortaya konulmasını gerektirir (Aksoy & Altun Uğraş, 2008).

TARTIŞMA-SONUÇ

Batın travmalı hastanın tedavi ve bakımı; hızlı tanılama, sürekli gözlem, hemodinamik stabilitenin sağlanması ve gerektiğinde acil cerrahi müdahaleyi içermektedir. Sürekli hemodinamik izleme hemen başlanmalıdır. Batın travma sonrası her 15-30 dakikada bir, daha sonra saatlik izleme geçilerek, mental durum, yaşamsal bulgular, bulantı, rijidite ya da rebound hassasiyet bulgusu, cilt sıcaklığı, bağırsak sesleri ve idrar çıkışı izlenmelidir (Aksoy & Altun Uğraş, 2008). Hastanın cilt bütünlüğü korunur, beslenmesi değerlendirilir, ağrısı dindirilir, mobilite ve güvenliği sağlanır, psikososyal destek, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilir (Algier, 2004).

KAYNAKLAR

- Aksoy, G., Altun Uğraş, G. (2008). Abdominal Travmada Hemşirelik Yaklaşımları. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 50-56.
- Algier, L., Abbasoğlu, A., Pınar, G., Şahin, Z., Temurlenk, H., Atay, D., Duman, A., Akan, D. (2004). Travmalı Hastalarda Hemşirelik Girişimleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 59-65.
- Aygin, D., Eti Aslan, F. (2014). *Acil Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Dur, A., Cander, B., Koçak, S., Girişgin, S., Gül M., Koyuncu. F. (2009). Acil Yoğun Bakım da Çoklu Travma Hastaları ve Skoring Sistemleri. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 8(4), 24-27.
- Eti Aslan, F. (2004). Abdominal ve üriner bölge travmaları. *Acil Bakım*. İstanbul: Yüce Yayın.
- Şahin, H. (2011). *Künt batın travmalı hastalarda tomografide tespit edilen batın içi mayii'nin prognoz ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.
- Şelimen, D., Özşahin, A., Gürkan, A., Tavioğlu, K. (2008). *Hemşire, Tekniker ve Teknisyenlere Yönelik Travma ve Resüsitasyon Kursu Kitabı*. İstanbul: UTACD.
- Tokem, Y., Sucu Dağ, G., & Dölek, M. (2017). *Bir bakışta acil hemşireliği*. (M. Yavuz van Giersbergen, Çev.) Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON :A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 08:30-09:30

PANEL: TRAVMA YOĞUN BAKIM

Travma Hastasında Dvt Profilaksisi

Uzm. Hem. Aycan KELEZ YAYIK

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa / Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

GİRİŞ

Venöz tromboembolizm (VTE), venöz dolaşımda oluşan tüm patolojik trombozların genel adıdır. En sık olarak alt ekstremitelerde derin ven trombozu (DVT); daha nadir olarak üst ekstremitelerde, pelvis ve diğer venlerde görülür. VTE'nin yaşamı tehdit eden en önemli bileşeni ise pulmoner embolizmdir (PE) (1,2).

Majör travma sonrasında VTE prevalansı %40-80 arasında değişmektedir. Özellikle pelvik, spinal kord ve kafa travması sonrası risk belirgin olarak artar. Travma ve acil cerrahi hastalarının tedavilerinde, yoğun bakıma ihtiyaç duyulduğunda VTE profilaksisinin ayrı bir önemi vardır. Bu nedenle travma yoğun bakım hastalarında yeterli ve güvenli profilaksi önem kazanmaktadır (4).

ETİYOLOJİSİ

Venöz tromboembolizm gelişimini kolaylaştıran üç temel patogenetik mekanizma Virchow Üçlüsü (Triadı) olarak adlandırılır (1);

- Staz (Kan akımının yavaşlaması)
- Damar Duvarındaki Hasar (Özellikle endotel hasarı-işlev bozukluğu)
- Hiperkoagulabilite, (Kanın pıhtılaşma eğiliminin çeşitli nedenlerle artması)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 1. Virchow üçlüsü ve oluşumunda etkili faktörler^{2,5}

Venöz staz	Damar duvarında hasar	Hiperkoagülabilité
• Uzun süreli yatak istirahati, uzun seyahat, cerrahi girişime bağlı hareketsizlik • Tümör, obezite, gebeliğe bağlı venöz obstrüksiyon • Kardiyomiyopati, konjestif kalp yetersizliği ve miyokard infarktüsüne bağlı sol ventrikül yetersizliği • Atrial fibrilasyon	• Damar yaralanması/travması • Kateter takılması • Derin ven trombozu öyküsü (variköz ven oluşumu-kapak hasarı) • Yapay kalp kapağı • Akut miyokard infarktüsü • Cerrahi girişim • Kemik kırıkları • Kalp damar hastalığı • Tümör invazyonu • Yanık	Edinsel trombofililer • Derin ven trombozu öyküsü • Cerrahi girişimler • Antifosfolipid antikor sendromu • Diğerleri Kalıtsal trombofililer • Sık görülenler • Aktive protein C direnci • Faktör V Leiden mutasyonu • Protrombin gen (G20210A) mutasyonu • Protein C/S eksiklikleri • Antitrombin eksikliği • Nadir görülen kalıtsal trombofililer • Aile öyküsü • Diğerleri

Tablo 1: Virchow Üçlüsü ve Oluşumunda Etkili Faktörler

RİSK FAKTÖRLERİ VE SIKLIĞI

VTE için klasik risk faktörleri arasında; malignite, yakın zamanda geçirilmiş majör cerrahi, santral venöz kateter varlığı, immobilizasyon, travma, kırıklar, gebelik, oral kontraseptiflerin kullanımı, miyeloproliferatif hastalıklar, antifosfolipid sendromu ve kronik hastalıklara eşlik eden inflamatuvar durumlar gibi kalıtsal veya edinsel durumlar yer alır. Hastanede yatan hastaların çoğunda VTE için en az bir, %40'ında ise üç ya da daha fazla sayıda risk faktörü mevcuttur (3,5)

Tablo 2: Klinik risk faktörleri²

Akut tetikleyici faktörler	Kronik yatkınlık oluşturan faktörler
• Hastaneye yatırılma • Cerrahi girişim • Alt ekstremité/pelvis travması veya kırığı • Uzun süreli seyahat • Kısa süre önce başlanan östrojen tedavisi • Damar içi kateter uygulanması • Kemoterapi • Hareketsizlik • Gebelik-loğusalık	• Pıhtılaşma bozuklukları • Yaş • Obezite • Kanseri ve kemoterapisi • Paralizi • Östrojen tedavisi • Önemli medikal hastalıklar (Kronik solunum ve dolaşım hastalıkları, inflamatuvar bağırsak hastalığı, nefrotik sendrom, miyeloproliferatif hastalıklar, vb.) • Bireysel ve/veya ailede VTE öyküsü

Tablo 2: Venotromboembolizm için Risk Faktörleri

Genel olarak toplumda DVT prevalansı %0.1'dir. İnsidans 40 yaşın altında 10.000'de 1 iken, 60 yaşın üzerinde 100'de 1'e kadar yükselmektedir. Ameliyat sonrası önemde bu risk %15-40 arasında

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

değişmekte, kalça kırığı, kalça ve diz ameliyatlarından sonra ikiye (%40-60) katlanmaktadır. En sık yoğun bakımda yatan ve spinal kord yaralanması olan hastalarda (%60-80) görülmektedir (6).

VENÖZ TROMBOEMBOLİZM PROFİLAKSİSİ (TROMBOPROFİLAKSİ)

VTE yönetimindeki esas hedef profilaksi olmalıdır. Buna karşın tromboprofilaksi (TP) dünyada ve ülkemizde ne yazık ki çoğunlukla ihmal edilmektedir. ENDORSE (9) çalışmasında bu konuyla ilgili önemli bulgular elde edilmiş, hastanede yatan hastaların %52'sinin VTE riski altında olduğu, bunların sadece %50'sine tromboprofilaksi yöntemlerinin uygulandığı görülmüştür. Türkiye verilerinde ise bu oran %39'a düşmüştür (1,2,5,9).

Ülkemizde 20 sağlık merkezinde yapılan bir başka VTE risk değerlendirme çalışmasında ise cerrahi kliniklerindeki hastaların %62,1'inin DVT açısından yüksek risk taşıdığı ancak bu hastaların sadece %65,9'una profilaksi uygulandığı saptanmıştır (1,10).

Bu olumsuz durumun aşılması için hastanede yatmakta olan tüm immobil hastalar VTE riski açısından değerlendirilmeli ve kontraindikasyon yoksa özellikle riskin yüksek olduğu, hastalara tromboprofilaksi yapılmalıdır (2,5,7).

Tromboprofilaksi (TP), mekanik yöntemler (**Non-farmakolojik yöntemler**), **Farmakolojik yöntemler** ve her ikisinin birlikte kullanıldığı **kombine yöntemleri** içermektedir. (2,7).

Farmakolojik ya da non-farmakolojik tüm profilaktik uygulamalarda hemşirelere önemli roller düşmektedir. DVT riskinin tanınması ve önleyici bakım girişimlerinin planlanarak uygulanmasında, hemşireler anahtar konumdadırlar (2,7,11).

Non-farmakolojik (Mekanik) tromboprofilaksi;

Farmakolojik olmayan profilaksi, düşük riskli, farmakolojik TP'nin kontrendike olduğu veya aktif kanaması olan ya da kanama riski yüksek hastalar için tercih edilmektedir. Bu yöntemler erken mobilizasyon, egzersiz, basınçlı elastik çoraplar ve pnömotik kompresyon araçlarını içermektedir. Venöz kan akımını hızlandırmaya ve eksternal kompresyon yoluyla venöz stazı azaltmaya odaklıdır. Koruyucu etkiyi artırmak amacı ile farmakolojik profilaksi ile birlikte de uygulanabilirler. (2,3,6) Kullanımı kolay olması, kanama riskini artırmaması, birçok hasta grubunda etkili olması, antikoagülanların etkinliğini artırması, bacak ödemi azaltması avantajları arasındadır (6,7).

Basınçlı Elastik Çoraplar:

Elastik basınçlı çoraplar; tüm risk grubundaki hastalarda kullanılabilen, maliyeti düşük, kullanımı kolay bir yöntemdir. Femoral ven akış hızını 1,5 kat artırarak ödemi ve posttrombotik sendrom gelişimini önler (7,11).

Basınçlı çorapların uygulanmasında dikkat edilecek noktalar (2,7):

- Çorabın etkinliğini arttırmak ve optimum profilaksi sağlamak için hastanın bedenine uygun çorap seçilmeli,
- 15-30 mmHg basınç uygulayan çoraplar tercih edilmeli,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- Hastalar tamamen mobilize oluncaya kadar çorapları gündüz ve gece sürekli takılmalı,
- Cilt bütünlüğü düzenli olarak kontrol edilmelidir. Uyuşukluk, karıncalanma, his kaybı, cilt renginde soluklaşma gibi dolaşım bozukluğu belirtilerine karşı uyanık olunmalıdır.

Aralıklı Pnömatik Kompresyon(APK) Cihazı:

Kol veya bacağın etrafını saran hava yastıklarının bir pompa aracılığı ile şişirilerek uygulanmasıdır. Biriken lenf sıvısını, dışarıdan basınç uygulamak suretiyle dokulardan uzaklaştırıp dolaşıma katmak amaçlanmaktadır (7,11).

Ekstremiteye tam uygunluğu sağlamalı, gece ve gündüz olmak üzere mümkünse tam gün yapılmalıdır. DVT olduğu bilinen hastalarda kesinlikle kullanılmamalıdır. Periferik arter hastalığını şiddetlendirir (2,7).

Araştırmalarda pnömatik basınç cihazlarının DVT insidansını azaltmada klinik olarak etkin oldukları gösterilmiştir. Serin ve ark. (4), DVT riskinin önlenmesine yönelik sadece düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanan hastalarda DVT sıklığını %2 olarak belirlerken; antiembolik çorap ve aralıklı pnömatik kompresyon tedavisinin bir arada uygulandığı hastalarda bu oranın %1 olduğunu saptamışlardır (4).

Erken Mobilizasyon ve Ayak-bacak Egzersizleri:

Mobilizasyon venöz kan akışını artırır, venöz stazı ve trombus oluşumunu azaltır. Erken mobilizasyon, tüm hastalarda VTE'yi önlemek için standart uygulama olarak uygulanması gereken basit bir yöntemdir (2,3,7).

Kanıt temelli klinik uygulama kılavuzlarında; genellikle düşük veya orta riskli hastalar için mekanik profilaksi, orta veya yüksek riskli hastalar için farmakolojik profilaksi, çok düşük VTE riski olan hastalar için ise erken mobilizasyon veya egzersiz önerilmektedir (3) .

Kesin yatak istirahatinde olan hastalarda da eklem açıklığı hareketleri ve ayak-bacak egzersizleri uygulanmalıdır. Sadece bir dakika ayak hareketinin, ortalama 30 dakika süreyle ayak venöz dolaşımını artırdığı gösterilmiştir (7,11).

Ayak ve bilek egzersizlerini aktif olarak yapamayan hastalarda ise pasif eklem hareketleri (ROM) yaptırılması venöz göllenmeyi önlemede oldukça önemlidir. (6).

Ayrıca dinlenme (yatak içinde oturma) sürelerinde mutlaka alt ekstremitenin elevasyonunun sağlanması gereklidir. Ayak elevasyonu bacakta ödemi azaltıp venöz dönüşü artırarak trombus oluşumunu önlemektedir (7,11).

Hidrasyonun Sağlanması

Hidrasyonun yetersiz olmasının DVT'de predispozan olduğuna inanılmaktadır. Kelly ve arkadaşlarının çalışmasında akut iskemik stroke (inme) sonrası dehidratasyon ve VTE arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya konmuş, ameliyat sürecinde dehidrate kalan hastalarda VTE geliştiği saptanmıştır (7).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Farmakolojik Profilaksi

En güçlü ve etkin TP stratejisi, antikoagülan ilaçların profilaksi dozlarında yapılmasıdır. Bu amaçla standart heparin (SH), DMAH, fondaparinux ve yeni oral antikoagülanlar kullanılabilir. Yüksek kanama riski olmayan çoğu hastada ilk profilaksi olarak önerilmektedir (2,3).

Profilaksi amaçlı farmakolojik tedavisi olan hastalarda, hemşirenin tedavi sırasında ve sonrasında önemli sorumlulukları vardır. Parenteral tedavi uygulamaları sırasında dikkat edilecek noktalar (11,12);

- Hazır enjektörlerle yapılan enjeksiyonlarda açının 90 derece olması
- Enjeksiyon sırasında iğnenin doku içindeki hareketinin en aza indirilmesi,
- Hava kilidi tekniğinin kullanılması, aspire edilmemesi,
- Heparinin dokuya yavaş (15-30 saniye) verilmesi
- Uygulama öncesi-sonrası soğuk uygulama yapılması
- Kanama, trombositopeni ve lokal reaksiyonlar açısından hastanın izlenmesi
- Peteşi, ekimoz, burun, diş eti kanaması, hematüri, hematemez ve melana gibi kanama belirtilerinin kontrol etmesi

KAYNAKLAR

1. Faik Altıntaş F, Beyan C, Bozkurt K ve ark. Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu. 1. Baskı İstanbul: Diasan Basım Form Matbaacılık San. Tic. AŞ; 2010.
2. Türk Toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu 2015, Venöz Tromboembolizm Profilaksisi, Editör Kurulu: Arseven O. Okumuş NG. Öngen G., Müsellim B., 2015: 70-77.
3. Bang SM, Jang MJ, Kim KM. & at al. Prevention of Venous Thromboembolism, 2nd Edition: Korean Society of Thrombosis and Hemostasis Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. [Journal Of Korean Medicak Science](#). 2014 Feb; 29(2): 164–171.
4. Serin K, Yanar H. ve ark. Travma ve Acil Cerrahi Yoğun Bakım Hastalarında Venöz Tromboemboli Profilaksisi: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin İle Elastik Çorap + Aralıklı Pnömotik Kompresyonun Karşılaştırılması. Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg. 2010;16 (2):130-134
5. Aydın Ö. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi Cerrahi ve Dahili Servislerinde Yatan Hastalarda Derin Ven Trombozu Profilaksisinin Uygun Kullanımının Kesitsel Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2014
6. Gürsoy A, Çilingir D. Cerrahi Hastaları İçin Sessiz Tehlike: Derin Ven Trombozu Risk Azaltıcı Hemşirelik Bakımı. ACU Sağlık Bil. Derg. 2018; 9(3):213-219
7. Korkmaz F, Çullu M. Venöz Tromboembolizm ve Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31 (1): 62-82, 2015
8. Acun G. Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Derin Ven Trombozu Riski Ve Prevelansının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
9. [Cohen AT](#), [Tapson VF](#), [Bergmann JF](#). & at al; Venous Thromboembolism Risk And Prophylaxis In The Acute Hospital Care Setting (ENDORSE Study): A Multinational Cross-Sectional Study. [Lancet](#). 2008 Feb 2;371(9610):387-94

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

10. [Kurtoglu M.](#) An Observational Study For Venous Thromboembolism Risk Assessment Among Hospitalized Patients İn General Surgery Clinics Across Turkey. [RAISE Study Group. Phlebology.](#) 2011 Dec;26(8):344-52
11. Büyükyılmaz F. Şendir M. Ameliyat Sonrası Bakımda Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Derin Ven Trombozu (DVT) Riskinin Tanılanması Ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 23: 48-54
12. Avşar G. Kaşıkçı M. Subkütan Heparin Enjeksiyonlarında Ekimoz, Hematom ve Ağrıyı Önlemek İçin Nelere Dikkat Edilmeli? İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2012) Cilt 20 - Sayı 3: 239-246

SALON :B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 08:30-09:30

PANEL: PEDIATRİK YOĞUN BAKIM

Konu: Kaynakları Sınırlı Ülkelerde Çocuk Yoğun Bakım

Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yoğun bakım alanındaki gelişmeler, daha fazla sayıda riskli bebeğin ve çocuğun yaşamasına olanak sağlamıştır. Hastanede bebeğin/çocuğun aileden ayrı kaldığı yatış sürenin kısaltılması, hastane kaynaklı morbiditeler ile hastanede yatışın maliyeti azalmakta ve daha fazla hastanın sağlık hizmeti alması sağlanmaktadır. Ancak kaynakları sınırlı ülkelerde bu mümkün olmamaktadır. Yeterli kaynak imkanı sağlanabilse; hasta çocukların çoğu yaşamı tehdit eden rahatsızlıkları olanlar bile, tedaviden sonra tatmin edici ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilirler. Bu hastalıkların büyük çoğunluğunun bulaşıcı kaynaklı olduğu ve potansiyel olarak tedavi edilebildiği bilinmektedir (Basnet ve ark. 2011).

Yenidoğan dönemi çocukların hayatında kritik bir öneme sahiptir, çünkü yaşamın ilk 28 gününde yılda yaklaşık 4 milyon bebek ölmektedir. Bu ölümlerin% 75'i yaşamın ilk haftasıdır. Sınırlı kaynaklara sahip düşük ve orta gelirli ülkelerde; prematüre, sepsis veya pnömoni, doğum asfiksisi, konjenital malformasyon, diyare ve tetanoz ölüm nedenlerinin önemli kısmını oluşturur (Premji ve Kanji 2017). Gelişmekte olan ülkelerde yüksek ölüm oranları rapor edilmiştir. Afganistan dünyadaki en yüksek neonatal ölüm oranına sahiptir (her 1000 canlı doğumda 60). Ölüm oranları Uganda %0.18, Libya Arap Jamahiriyye ve Abha Suudi Arabistan da %0.22, Kenya'da %0.24.6 dır. Ölüm oranlarını çok sayıda faktörün etkilediği muhtemeldir. Uygun kaynak yetersizliği, deneyimli sağlık çalışanı yokluğu, ulaşım yetersizlikleri bu faktörlerden birkaçını oluşturmaktadır (Premji ve Kanji 2017). Gelişmekte olan ülkelerde koruyucu hekimlik ve temel bakım öncelikli olmakla birlikte, tıbbi kuruluşlarda hasta ve ciddi derecede hasta çocuklar uygun bakımla desteklenmelidir. Kaynak eksikliği ve deneyimli hekimlerin ve hemşirelerin bulunmaması da, kritik hastalarda olumsuz sonuçlara yol açabilir (Adhikari ve ark. 2011).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Pediyatrik Yoğun Bakım üniteleri son kırk yıl boyunca önemli ölçüde ilerlemiştir. Teknoloji ve bilgi alanındaki hızlı gelişmeler bu ilerlemeyi mümkün kılmıştır. Yoğun bakım üniteleri, gelişmiş ülkelerde çocukların sağlığına önemli bir katkı olarak kabul edilmektedir (Adhikari ve ark. 2011).

Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitelerinin kaynaklarının sınırlı ve maliyetli olması nedeniyle etkili ve verimli kullanılması son derece önemlidir. Bu nedenle kaynakların kullanımında sağlık profesyonellerinin etik ilkelere uyması gerekmektedir. Kaynakları sınırlı ülkelerde yoğun bakım üniteleri ise ülke ihtiyacını karşılayamamaktadır. Hasta sayısının fazla, küvöz sayısının az olması, yoğun bakıma olan talebin artması nedeniyle bir küvöze birden fazla bebeğin yatırılması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu koşullar ise, enfeksiyon riskini artırabilmektedir.

Çoğunluğu Sahra altı Afrika (%41), Güney Asya (%34) olmak üzere dünyada yılda 10 milyon çocuk hayatını kaybetmektedir. Mortalite oranının yüksek olmasının nedenleri, altyapı eksikliği, insan kaynakları ve uzman desteğinin eksikliği, bakım kalitesinin yetersizliği, tıbbi malzeme eksikliği, transportta yaşanan sorunlar ve hasta başına düşen hemşire sayısının yetersizliği olarak sıralanmaktadır (Murthy, 2015).

Tripathi ve ark. çevrimiçi anket ile 73 hastaneden veri topladıkları çalışmada, 34'ü gelişmiş, 39'u gelişmekte veya kaynakları sınırlı ülkelerden elde edilmiştir. Uzman ekibin (doktor, hemşire vd.) olmayışı ve uygun ekipmana ulaşmada sıkıntıların olması, gelişmiş ülkelerde bulunan pediyatrik yoğun bakımlara göre karşılaşılan en önemli sorunlar olarak bulunmuştur.

Diğer bir sorun ulaşım ve transporttur. Nüfus Referans Bürosu'na göre, şehirden kırsal yaşam tarzına kayda değer bir değişim olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerin halkının% 44'ü hala kentsel alanlarda yaşamaktadır. Yoksulluk nedeniyle pahalı olan ulaşım araçlarının etkin kullanılamaması, yürüyüşü birçok farklı ülkede (örneğin, Zimbabve, Uganda, Mali, Benin ve Orta Afrika Cumhuriyeti) ailelerin kullandığı başlıca ulaşım şekli haline dönüştürmüştür. Gelişmekte olan birçok ülkede yol problemleri, uygun sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla gecikmelere yol açabilir. Yenidoğan bakımındaki bir gecikme, yenidoğan ölümlerinin yaklaşık %20'sine katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Örneğin Afganistan'da, nüfusun% 85'i kırsal alanlarda yaşamaktadır ve bunların% 57,4'ü bir kamu hastanesine bir saatlik yürüme mesafesinde yaşamaktadır. Batı Tanzanya'da ise, bir botun beklenmesi, sedyeyle, otobüsle veya kamyonla taşınması ve araçların bozulması gibi sorunlar hastanın naklinde gecikmelere yol açmaktadır (Premji ve Kanji 2017).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Kaynakları Sınırlı Ülkeler

Sıralama	Ülke	GSMH
1.	Burundi	275 \$
2.	Orta Afrika Cumhuriyeti	306 \$
3.	Nijer	358 \$
4.	Malawi	381 \$
5.	Madagaskar	411 \$
6.	Gambiya	441 \$
7.	Liberya	455 \$
8.	Kongo	459 \$
9.	Nepal	502 \$
10.	Mozambik	525

Nupen ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, pediatrik yoğun bakımda uzun süreli yatan hastaların özellikleri, sonuçları ve kaynak tüketimi araştırılmıştır. 1 yıl boyunca Güney Afrika’da PICU’ya kabul edilen çocuklar çalışma kapsamına alınmış retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma kapsamına 1126 çocuk dahil edilmiştir. Uzun süreli hastalarda kalış süresi 29.5, kısa süreli kalan hastalarda 2 gün olarak belirlenmiş, uzun süreli yatan hastaların acil olarak hastaneye kabul edildiği, persantil çizelgelerinin 3’ ün altında olduğu ve kısa süreli yatan hastalara göre daha küçük yaşta olduğu bulunmuştur. Uzun dönem ve kısa dönem hastane yatışı olan hastalar özellikleri açısından karşılaştırıldığında; uzun dönem kalan hastaların acil olarak kabul edildiği, zayıf ve daha küçük yaşta olduğu, mortalite ve mortalite risk oranının daha yüksek olduğu ve kalış süresinin daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uzun süreli kalan hastaların kabul nedenlerine bakıldığında; pnömoni, kojenital kalp hastalığı ve trakeo-orofarengeal fistül veya atrezi tanısı oranları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu bildirilmiştir (Tripathi ve ark.2015).

Kruger ve ark. (2016) çalışmasında; Güney Afrika’da bir hastanenin yoğun bakım ünitesine bir yılda yatışı yapılan 535 hastanın %36’sının (n=194) çocuk, bu çocukların %22’sinin (n=41) yeni doğan olduğu bildirilmiştir. Çocukların yaş ortalaması 3.7 ay (0-151 ay), Erkek/Kadın=2.3:1, 41 yeni doğan’ın 20’si preterm, %45 sepsis, %30 hyelin membran hastalığı, %25 Apne nedeniyle yatırılmıştır. Yatışı yapılan yenidoğanların %70’i şifa, %20’si başka hastaneye sevk, %10’unun ex olduğunu rapor edilmiştir.

Akılıcı PICU kullanım, kaynak kullanımlarına göre hasta sonuçlarını dikkatli bir şekilde izlenmesini ve finansal, personel ve sosyal maliyetleri içeren uygun kabul kriterlerini uygulamayı içerir. PICU’daki gelişmeler uzun süre PICU da kalması gereken kritik hastalarda sağ kalım oranının artmasını sağlamıştır. PICU kaynakları mümkün olduğunca etkili ve verimli kullanılması gereken maliyetli ve sınırlıdır. PICU bakımına sınırlı erişimin olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, kaynakların rasyonel olarak kullanılmasını sağlamak, adalet ve etik ilkesini korumak önemlidir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

KAYNAKLAR

1. Adhikari N, Avila ML, Kache S, Grover T, Ansari I, Basnet S. (2011). Establishment of paediatric and neonatal intensive care units at Patan Hospital, Kathmandu: critical determinants and future challenges. *J. Nepal Paediatr. Soc.* 31 (1): 40-56.
2. Basnet, S., Adhikari, N., Koirala, J. (2011). Challenges in setting up pediatric and neonatal intensive care units in a resource-limited country. *Pediatrics.* 128: 986-992.
3. Kruger I, Gie R, Harwey J., Kruger, M. (2016). Outcome of children admitted to a general high-care unit in a regional hospital in the Western Cape, South Africa.
4. Murthy S, Leligdowicz A, Adhikari NKJ (2015) Intensive Care Unit Capacity in Low-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(1): e0116949. doi:10.1371/journal.pone.0116949
5. Nupen TL, Paed SA, Argent AC, Morrow BM. (2017). Characteristics and outcome of long-stay patients in a paediatric intensive care unit in Cape Town, South Africa. *S Afr Med J*, 107 (1): 70-75.
6. OECD (2018), Nurses (indicator). doi: 10.1787/283e64de-en (Accessed on 11 July 2018)
7. Premji SS, Kanji J. (2017). Global perspectives on the neonatal intensive care unit: vulnerable babies of the world. *Newborn Infant Nursing Reviews*, 11(2): 75-81.
8. Rolla & Chisti, Mohammad & S, Kache & Smith, Jonathan. (2015). Rolla, Chisti MJ, Kache S, Smith JH. Basic Paediatric Intensive Care in resource limited countries. In: Homer R, Walker I, Bell G, editors. *Update in Anaesthesia*. Singapore, COS Printers Pte Ltd: Special Edition; 2015; 30: 221-223. 221-223.
9. Tripathi, S., Kaur, H., Kashyap, R., Dong, Y., Gajic, O., & Murthy, S. (2015). A survey on the resources and practices in pediatric critical care of resource-rich and resource-limited countries. *Journal of Intensive Care*, 3, 40. <http://doi.org/10.1186/s40560-015-0106-3>
10. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* (2014) 384(9947):957–79. [10.1016/S0140-6736\(14\)60497-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60497-9)
11. <https://www.cnnturk.com/dunya/dunyanin-en-fakir-20-ulkesi?page=20> 10/04/2018

SALON :B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 08:30-09:30

PANEL : HASTANIN ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba Sözen

Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi

10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

GİRİŞ/ALT KONU BAŞLIKLARI

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde; genellikle birden fazla organ sisteminin tutulduğu, multidisipliner tedavi yaklaşımlarının zorunlu olduğu, kritik hastalara hizmet verilmektedir. Çocuk yoğun bakım 1ay-18 yaş arası çocukları kapsamaktadır. Yoğun bakım hastasına verilecek hizmetin ve zamanın boşa harcanmaması açısından hastaları değerlendirerek prognozun belirlenebilmesi için skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Çocuklarda en sık kullanılan iki prognostik skorlama sistemi PRISM ve PIM skorlama sistemleridir.

PRISM (PEDIATRIC RISK MORTALITY)

PRISM skoru ,prematüreler ve erişkinler hariç tüm çocukluk yaş grubunda kullanabilmektedir. PRISM 17 fizyolojik değişken kendi içinde 26 alt gruba ayrılmaktadır. PRISM skoru; hastanın yoğun bakıma girişinden itibaren ilk 12 saat içinde ya da 24 saat içinde uygulanabilmekte ve bu saatler içindeki en kötü değerler kayda alınmaktadır.

PIM (PEDIATRIC INDEX OF MORTALITY) SKORU

PIM skorlama sisteminde 10 değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler; sistolik kan basıncı, pupil cevabı,PaO₂, baz açığı, mekanik ventilasyon, cerrahi sonrasındaki durumu ,yüksek ya da düşük riski hastalığa sahip olma gibi değişkenlerdir. PIM skorlama sistemi çocuklarda mortaliteyi belirlemeye yönelik kullanılır. Veriler hastanın yoğun bakıma ilk yattığı anda toplanarak değerlendirilir (İlk 1 saat).

ÇOKLU ORGAN YETMEZLİĞİNDE KULLANILAN SKORLAMA SİSTEMLERİ

Kritik hastalığa sahip, çoklu organ yetmezliği bulunan hastalarda hastalığın ağırlığını ve klinik gidişini tahmin etmekte kullanılır. Çoklu organ yetmezliği en az iki organ sisteminin tutulduğunun gösterilmesi gerekmektedir. Bu organ sistemleri; solunum, dolaşım, nörolojik, hematolojik, nefrolojik ,hepatik, gastrointestinal sistemler olmak üzere 7 gruptur. Çoklu organ yetmezliği olan hastalarda kullanılan skorlama sistemi; PELOD ve P-MODS. Pratikte en çok kullanılan skor PELOD skorudur.

PELOD (PEDIATRIC LOGISTIC ORGAN DYSFUNCTION) SKORU

6 ayrı sisteme ait 12 ayrı değişkene göre puanlama yapılır. Mortaliteyi etkileme derecelerine göre her sistem farklı puanlandırılmıştır. Ölçülmeyen değişkenler normal kabul edilir. PELOD skoru 0-71 puan arasında değişmektedir. PELOD skoru hesaplanırken 24 saat içerisindeki en kötü değerler kaydedilir. Her organ için 30 puandan fazla değer verilmemelidir. Hesaplanacak en yüksek puan 71'dir.

P-MODS (PEDIATRIC MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SCORE)SKORU

5 organ sistemi seçilerek bunların fonksiyon bozukluğunu gösteren parametrelere bakılarak 0-4 arasında puanlama yapılmıştır. Bu organ sistemleri ve bakılan parametreler ;Kardiyovasküler sistem (laktik asit) ,Solunum sistemi (PaO₂ / FiO₂) ,Hepatik (bilirubin), Hematolojik (Fibrinojen) ,Renal (Kan üre nitrojeni) sistemleridir. Bu değerlerin ölçülen en kötü değerleri kayıt edilmelidir.

DORA (DYNAMIC OBJECTIVE RISK ASSESSMENT)SKORU

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Temel olarak PRISM skoru üzerinden yapılır. Başvuru günündeki PRISM skoru ile daha sonraki günlerde bakılan PRISM kullanılarak geliştirilmiştir. Günlük mortalite hesabı yapılabilir. İlk 24 saatten sonraki mortalite hesaplanabilir.

ÇOCUK TRAVMA SKORU

Pediyatrik travma skorum sistemi çocuklarda travmanın ciddiyetinin belirlenmesinde kullanılan sistemdir. Bu sistemde çocuğun büyüklüğü, solunumu, sistolik kan basıncı, SSS'nin durumu, açık yara ve kırık gibi klinik bulgular değerlendirilmektedir. En kötü skor (-6) ile en iyi skor (+12) arasında değişmekte olan bir puanlama sistemidir.

GLASKOW KOMA SKALASI

Yoğun bakımda bilinç durumunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir. GKS değerlendirilmesinde ;

- Göz açma cevabı
- Sözel yanıt
- Motor cevap olmak üzere 3 bölümden oluşur.

GKS 3-15 puan arasında değerlendirilir.

15 Puan : Normal insan GKS'dur.

13-14 Puan: Hafif beyin hasarı –KONFÜZE

9-12 Puan : Orta beyin hasarı –STUPOR

3-8 Puan : Anlamlı nörolojik hasarı –PERİKOMA

0-3 Puan : Ciddi beyin hasarı- KOMA

GLASKOW PEDIATRİK KOMA SKORLAMASI (PGCS)

Göz ve motor yanıt erişkin ile aynıdır.

SÖZEL YANIT:

1. Ses yok
2. Avutulamaz, ajite
3. Zor avutulur, inliyor
4. Ağlıyor ama avutulabilir.
5. Gülümser, seslere oryante ,objeleri takip eder.

GKS, bilinci kapalı hastaların çoğunun entübe olması ve bu hastaların sözel yanıtının olmaması, bu skorum yönteminin en önemli dezavantajıdır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

PUPİLLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Pupillanın ışıktaki ve yakına bakarken daralması , buna karşılık karanlıkta ve uzağa bakarken genişlemesidir. Pupilla değerlendirilmesi özellikle bilinçsiz hastalarda çok önemlidir. Pupillalar değerlendirilirken büyüklüğü eşit olup olmadığı ve ışığa reaksiyonu kontrol edilir.

PUPİLLA TAKİBİ

Işıktaki pupillalar küçülür. Işığa karşı küçülme varsa;

Işık refleksi pozitif (+)

Yoksa negatif (-) kabul edilir.

IŞIĞA KARŞI PUPİLLA REAKSİYONLARI

İZOKORİ : Her iki pupillanın eşit olmasıdır.

ANİZOKORİ : Pupillaların eşit olmamasıdır.

MYOZİS : Pupillaların küçülmesidir.

MİDRİYAZİS : Pupillaların büyümesidir.

SEDASYON DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİRÇOK SKORLAMA SİSTEMLERİ MEVCUTTUR.

SEDASYON SKORLAMASI

- Ramsey skalası
- Bion skalası
- Comfort skalası
- Sedasyon-ajitasyon skalası
- Brüksel skalası
- Motor aktivite değerlendirme skalası

COMFORT SKALASI SADECE ÇOCUKLARDA KULLANILIR.

COMFORT SKALASI

Comfort skalası bilinçsiz ve ventilatöre bağlı bebek, çocuk ve adolesanlarda sedasyon düzeyini ölçmek için kullanılan davranışsal bir ölçümdür. Hasta çocuk 6 davranışsal (uyanıklık, sakinlikajitasyon, solunum cevabı, fiziksel hareket, kas tonüsü ve yüz gerilimi) ve iki fiziksel parametre (kan basıncı ve kalp atım hızı) ile iki dakika içinde değerlendirilir. Her bir kriter 5 puan üzerinden değerlendirilir.

Değerlendirme sonucu : 27-40 puan yetersiz sedasyon

17-26 puan uygun sedasyon

8-16 puan aşırı sedasyon olarak yorumlanır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

ÇOCUKLARDA AĞRI DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Bebeklerde ;vücut yanıtı, yüz ifadesi, ağlama ve çekme refleksi ile ağrı değerlendirilir.3 yaş üstü çocuklarda ise çoğunluğu ağrılarını ve derecesini ifade edebileceği için ağrı şiddetini bir dizi renk veya resim içinden birini seçerek göstermeleri istenebilir.(YÜZ İFADELERİNİ DERECELENDİRME SKALASI,AĞRI MERDİVENİ)

KRİTİK ÇOCUKTA TAKİP EDİLMESİ GEREKENLER

1.Nörolojik Değerlendirme

- GKS
- Pupilla muayenesi

2.Sedasyon-Ağrı Değerlendirme

- Ağrı skorunu 4 saatte bir, entübe hastalarda günlük sedasyon-analjezi
- Hasta entübe değilse ağrısını hissettiğinde

3.Solunum Değerlendirmesi

- Solunum sayısı ve saturasyon devamlı monitörizasyon
- Hastanın tüpü,ventilatör parametrelerini değerlendir.

4.Kardiyovasküler Değerlendirme

- Kalp hızı ve ritmi devamlı monitörize edilmeli, kalp hızı saat başı kayıt edilmeli.

5.Termoregülasyon değerlendirilmesi

- Hastalarda ateş 4 saatte bir bakılmalı,soğutma, ısıtma uygulanan ve ateşi hipotermisi olan hastalarda bir veya iki saatte bir bakılmalı.

6.Gastrointestinal ve Beslenmenin Değerlendirilmesi

- Geldiğinde hastanın ağırlık ve boy ölçüleri kayıt edilmeli ve her yatan hastada 24 saat içerisinde enteral beslemeyi düşün.

7.Genitoüriner Sistemin Değerlendirmesi

- Aldığı-Çıkardığı ve net balansını saatlik kayıt edilmeli.

8.Diğer

- Hastaların mobilizasyonunu iki saatte bir değerlendir, pozisyon değişikliklerini kayıt et.
- Bası yarası bakımından hasta değerlendir.(BRADEN, BRADEN Q-5 yaş altındaki hastalarda)
- Ağız bakımını kontrol et. Entübe hastalarda günde 2 kes ağız bakımı

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- Göz hareketleri olmayan veya yetersiz olduğunu düşündüğünüz vakalarda 4 saatte bir göz bakımını değerlendirir.
- Oksijen saturasyon probunun yerini 8 saatte bir değiştir.

Tüm hastalar YBÜ'ne yattığında;

- Ağırlık
- Boy
- Baş çevresi (gerekirse)
- Pupil cevabı
- GKS
- Hastanın hayatı için gerekli malzemeleri kontrol et.(uygun balon maske, aspirasyon katateri ve aspirasyon cihazı, ilaç kartı, uygun katater ve uygun damaryolu kanülleri, tespit materyalleri, endotrakeal tüp)

KAYNAKLAR

1. BEYTUT, D. , BAŞBAKKAL, Z.(2015).Çocuk Yoğun Bakımda Sedasyon Değerlendirmesi ve Konfor Skalasının Kullanımı. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/260212> adresinden alınmıştır
2. SANRI, E. (2015). Travma Skolama sistemleri. <https://acilbook.com/2015/06/28/travma-skorlama-sistemleri/> adresinden alınmıştır.
3. KALEBURUN, E. (2016) .Pupilla Değerlendirmesi. https://prezi.com/ugr_dxcmfawr/pupilla-degerlendirmesi/ adresinden alınmıştır.
4. KALAYCIOĞLU, N. ve arkadaşları .(2006).Yoğun Bakımda Prognostik Faktörler ve Skolama Sistemleri. http://www.yogunbakimdergisi.org/manaqete/fu_folder/2006-03/2006-6-3-147-159.pdf adresinden alınmıştır.
5. KARABÖCÜOĞLU, M. ,KÖROĞLU, T.(2008). Prognozun Belirlenmesi ve Skolama Sistemleri, Bölüm 13, Çocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar (s.358),İstanbul: Medical yayıncılık
6. GÜLEN, G. (2016). Glasgow Koma Skalası. <https://www.resusitasyon.com/glaskow-koma-skalasi/> adresinden alınmıştır.
7. YILDIZDAŞ, D. (2016). Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon ve Analjezi <https://slideplayer.biz.tr/slide/11159487/> adresinden ulaşılmıştır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON :B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 09:30-10:00

KONFERANS : AİLE MERKEZLİ BAKIM

Gülçin Bozkurt

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aile merkezli bakım; hasta ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bir yaklaşımdır. Aile merkezli bakımın felsefesi, ailenin hastanın bakımında temel güç ve destek olduğu varsayımına dayanır (Gerriksen, Hartog, Curtis 2017; Riley et. Al. 2014).

Yoğun bakımda aile merkezli bakım ile ilgili 2017 yılında yayınlanan klavuzda aile merkezli bakımın desteklenmesi, politikalar belirlenmesi ve aileler için bilgi sağlayan dokümanların önemi vurgulanmaktadır. Aile merkezli yaklaşımda, resüsitasyonda dahil hastaya uygulanan her tür müdahalede ve girişimde, ister ise ailenin katılması, ailenin yoğun bakım ünitesine erişiminin artırılması ve bilgilendirmenin sağlanması önerilmektedir (Davidson et al.. 2017; Auerbach et al. 2005;Pochard et al. 2005; Ünver 2003).

Geleneksel yaklaşımda sağlık ekibi ailenin hastanın bakımına ne kadar karışabileceğini kontrol altında tutmaktadır. Geleneksel yaklaşımın aksine aile merkezli bakımda sağlık ekibi aile ile işbirliği yaparak bakıma birlikte yön vermektedir. Geleneksel bakım aile merkezli bakım ile karşılaştırıldığında; hastanın ve ailenin eksikliklerini kapatma yerine aileyi güçlendirme, kontrollü yaklaşım yerine işbirlikçi yaklaşım, sağlık profesyoneli merkezli bakım yerine işbirliği, kapıda bilgilendirme yerine katılımcı, kurallar yerine rehberler, ziyaretçi yaklaşımı yerine aile katılımı, katı ziyaret kuralları yerine daha esnek yaklaşımlar sergilendiği görülmektedir (Davidson et al.. 2017; Auerbach et al. 2005;Pochard et al. 2005).

Kritik hastalık, hasta ve ailesi üzerinde önemli etkilere yol açar. Hasta yoğun bakıma yattığında rol değişiklikleri, belirsizlik, kontrol kaybı, yabancı bir çevrede olma, ve kayıp korkusu ailede kriz yaratmaktadır. Ailenin bakıma katılmaması ve ziyarete izin verilmemesi, yoğun bakımdaki hasta ve ailenin sorunlarını artırdığı bildirilmektedir (Auerbach et al. 2005;Pochard et al. 2005; Mitchell et al. 2009; Bailey et al. 2010).

YBÜ’de aile üyelerinin desteklenmesinin, hasta sonuçlarını iyileştirebileceğine dair önemli sonuçlar bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde sık ziyaretin enfeksiyon için risk oluşturduğu, hastada fizyolojik değişikliklere neden olabileceği kaygısı ile hasta ziyaretleri kısıtlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin ziyaretinin hasta üzerine olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir. Aile merkezli yaklaşımda, resüsitasyonda dahil hastaya uygulanan her tür müdahalede ve girişimde, ister ise ailenin katılması önerilmektedir. Aile ziyaretçi olarak değil, bakıma katkı veren olarak algılanmalı hasta ile istediği zaman birlikte olması sağlanmalıdır (Davidson et al.. 2017; Dunst et al. 2007).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tüm bu nedenlerle hemşireler aile merkezli bakımı temel bir ihtiyaç olarak düşünmelidir. Yoğun bakımda ailenin desteklenmesi ve iletişimin sağlanması hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Hastane olanakları çerçevesinde; ailelerin refakatçi kalabilmesi daha sık ziyaret ve birlikte olma olanaklarının sağlanması, kendilerine detaylı bilgi verilmesi, güvenliğinin sağlanması, il dışından gelen aileler için kalacak yer ve ulaşım problemine yönelik olanakların sağlanması gerekmektedir. Aileye hasta yoğun bakıma alındığı andan itibaren, yoğun bakım ünitesi, yapılan işlemler, kullanılan araç-gereç ve hastalık ile ilgili anlayabilecekleri şekilde bilgi verilerek, yoğun bakıma uyumları sağlanır. Aile merkezli bakım ile yoğun bakımdan taburcu olacak teknolojiye bağımlı hastanın ailesi evde bakıma da hazırlanmış olur (Heyland et al. 2002; Tume and Latour 2015)

Sonuç ve Öneriler: Yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım uygulamaları halen istendik düzeyde değildir. Aile merkezli bakım konusunda yoğun bakım hemşireleri arasında görüş birliği oluşmamıştır. Hemşirelerin aile merkezli bakıma yönelik görüş birliği oluşturmaları için yayınların artması gerekmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde ziyaret politikaları belirlenirken, esnek ziyaret politikasının hasta ve aile sonuçlarına etkisi hatırlanmalı ve esnek ziyaret benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care*. 2005;14(3): 202-210.
2. Bailey J, Sabbagh M, Loiselle C, Boileau J, McVey L. Supporting families in ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26;114-122.
3. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for family centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128.
4. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007;13(14): 370-378.
5. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2017;43: 550-53.
6. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005;20(1):90-96. doi.org/10.1016/j.jcnc.2004.11.004
7. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 2009;18: 543-52.
8. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002;30(7):1413-8.
9. Tume LN, Latour JM. (2015). Family involvement in PICU Rounds: Reality or Rhetoric?. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2015;16(9):875-76. doi: 10.1097/PCC.0000000000000487
10. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(4): 316-324. doi: 10.4037/ajcc201

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL:İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTALARDA KANITA DAYALI BAKIM

Oral Kavite Bakımı

Araş. Gör. Gül Güneş Çelik

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD.

GİRİŞ

Ağız hijyeni, bireyin beslenme ihtiyacının yeterli ve dengeli bir şekilde karşılanması, fiziksel ve psikolojik konforun sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gereken temel bakım gereksinimlerindendir (1). Yoğun bakım birimleri, durumu kritik olan hastanın yaşamsal desteğe ihtiyacı olduğunda tedavi edildiği alanlardır. Bireylerin genel sağlık durumuyla önemli bir ilişkisi olmasına rağmen, yoğun bakım hastalarının ağız sağlığı değerlendirmeleri ve ağız bakım uygulamalarında ciddi eksiklikler bulunmaktadır. Bilinci kapalı hastaların bağımsız öz bakım faaliyetlerini gerçekleştirmeleri mümkün olmadığından, bakım ihtiyacı hemşireler tarafından karşılanmaktadır. Literatürde yoğun bakım birimlerinde bakımda çok fazla öncelikle karşı karşıya kalan hemşirelerin ağız hijyeni uygulamalarına daha az öncelik gösterdikleri görülmüştür (2). Yapay hava yolu bulunan, bilinci kapalı hastalarda öksürme refleksinin kaybolması, mukosiliar aktivitenin bozulması, tükürük akışı ve üretiminin azalması plakların oluşmasına neden olmaktadır. Bu plaklarda üç günden sonra, Staphylococcus aureus ve Pseudomonas aeruginosa gibi gram negatif bakteriler üreyebilmektedir (1). Oral kative bakımının ağız sağlığının tanınması, ağız bakım tekniği, ağız bakımında kullanılan solüsyon ve malzemeler gibi bir çok ayrıntısı bulunmaktadır.

1. AĞIZ SAĞLIĞININ TANILANMASI

Etkili ağız sağlığı bakımı, iyi teşhis gerektirir. Ağız içi değerlendirme, etkin tedavi ve komplikasyon süreci açısından sağlık ekibine önemli bilgiler vermektedir. Literatürde hemşirelerin ağız sağlığı tanınmasında kullanılabileceği farklı ölçekler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları:

- Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (Oral Health Assessment Tool)
- Bütüncül ve Güvenilir Ağız Değerlendirme Aracı (The Holistic and Reliable Oral Assessment Tool)
- Mukoza Plak İndeksi (Mucosal Plaque Index)
- Yatak Başı Ağız Değerlendirme-YBAD Rehberi (Bedside Oral Exam)

Ağız bakım protokolleri uygulanarak verilen ağız bakımının ventilatör ilişkili pnömoni (ViP) görülme insidansını %46'dan %90'a kadar azalttığı saptanmıştır. Dünya literatüründe yaygın olarak ağız değerlendirme rehberlerin kullanıldığı, ancak ülkemizde son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ağız değerlendirme rehberi kullanılmaya başlandığı, rutin klinik uygulamalarında yaygın olarak kullanılmadığı tespit edilmiştir. Çelik ve ark.'nın (2018) altı farklı hastanenin yoğun bakımlarında yürüttüğü çalışmada ağız bakım uygulamalarında standart bir değerlendirme aracının

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

kullanılmadığı saptanmıştır (3). Bir çalışmada gelişmiş ağız sağlığı değerlendirme araçlarının, kapsamlı ağız bakım protokolünün ve protokolle uyumlu çalışan personelin VIP ve ilişkili maliyetleri önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir (4).

2. AĞIZ BAKIMINDA KULLANILAN MALZEMELER

Diş fırçası: Yoğun bakım hastalarında çoğunlukla pediatrik diş fırçaları kullanılmaktadır. Diş fırçaları ağızın tüm bölgelerine ulaşarak plak, mukus ve bakteri kalıntılarını en aza indirmektedir. Diş fırçasının geliştirilmiş versiyonu olarak **aspirasyon aletli diş fırçaları** bulunmaktadır. Mekanik ventilasyonlu hastalarda diş fırçalama ile birlikte aspirasyonu mümkün kılar ve oral mukozayı sağlıklı tutar (5). Fields'in (2008) çalışmasında nöroloji yoğun bakımda normal ağız bakımı yapılan grup ile sekiz saatte bir diş fırçalama yapılan grup karşılaştırılmış ve diş fırçalama uygulamasının başlangıcından bir hafta içinde VIP oranının sıfıra düştüğü görülmüştür (6). Hua ve ark.'nın (2016) 38 çalışma ile yaptığı incelemede ağız bakımında diş fırçalama ile fırçalamamanın VIP gelişme riski üzerindeki etkileri hakkında sınırlı kanıt bulunmuştur (7). Debris oluşumunu engelleyen en iyi uygulama olan fırçalamanın hemşireler tarafından entübe hastalarda, entübe olmayan hastalara nazaran çok daha az kullandıkları görülmüştür.

Süngerli çubuk: Oral mukozanın temizlenmesi ve nemlendirilmesi amacıyla kullanılır. İki saatte bir kullanılmalı, ancak plakları çıkarmak için etkili değildir. Literatürde belirli bir kanıt olmamasına rağmen, süngerli çubuk ile ağız bakımı yapılırken, hasta süngeri ısırabilir ve hastanın güvenliği tehlikeye girebilir. Süngerli çubukların **aspirasyonlu** versiyonları bulunmaktadır (5). Hemşireler tarafından en çok tercih edilen temizleme süngerlerinin ise ağız mukozasının nemlendirilmesi ve hassas doku travmasının önlenmesinde etkili olsa da diş yüzeyini temizleme ve plakların kontrolünde etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Dil basacağı: Ağızdaki plakları temizleyemez, ancak ağız mukozasını temizlemek ve nemlendirmek için kullanılır. Çelik ve ark.'nın (2018) yoğun bakım hastaları ile yaptığı çalışmalarında gazlı bez sarılı dil basacağı ağız bakımı verilen hastaların ağız sağlığının fırçalama yapılan hastalarinkinden kötü olduğu saptanmıştır (3).

3. AĞIZ BAKIM SOLÜSYONLARI

Ağız bakım uygulamalarında salin, hidrojen peroksit, sodyum bikarbonat, klorheksidin, ağız çalkalama solüsyonları ve su gibi solüsyonlar kullanılmaktadır.

Salin: Güçlü ve ekonomiktir. Oral mukozaya zarar vermez, iyileşmeyi sağlar.

Hidrojen Peroksit: Anti-bakteriyel etkilidir. Ağızda etkili bir şekilde temizlemeye ve diş plakalarını çıkarmaya yardım eder. Granülasyon dokusu üzerinde uygulanmamalıdır. Normal florayı bozması nedeniyle mantar enfeksiyonlarına yol açar, mukozasını kuruluk ve yanığa neden olabilir. Tadı hoş değildir.

Sodyum Bikarbonat: Tahrişe, yanıklara ve bakterilerin üremesine neden olabilir. Tadı hoş değildir. Palyatif bakım kullanımı için kanıtlar yeterli değildir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Klorheksidin: Anti-bakteriyel etkilidir. Ağızda etkili bir şekilde temizlemeye ve diş plakalarını çıkarmaya yardımcı olur. Geniş bir spektruma sahiptir ve antimikrobiyal etkilidir. Güler ve ark.'nın (2018) 10 çalışma ile yaptığı incelemede sekiz çalışmanın üçünde VİP gelişmesini önlemede, % 0.2'lik konsantrasyona sahip klorheksidin, kontrol grubundan (plasebo dental jel ve normal salin) daha etkili olduğu bulunmuştur. Mikrobiyal kolonizasyonun, % 2'lik klorheksidin grubunda % 0.9'luk NaCl ve % 0.2'lik klorheksidinden daha az olduğu saptanmıştır. Klorheksidin VİP ve mikrobik kolonizasyonu önlemede ağız bakımında etkili bir girişimdir (8). Hua ve ark.'nın (2016) 38 çalışma ile yaptığı incelemede klorheksidin, hem gargara hem de bir jel olarak VİP riskini % 25'ten % 19'a düşürdüğüne dair yüksek düzeyde kanıt bulunmuştur (7). Tantipong ve ark.'nın (2015) %2'lik klorheksidin ile normal salini karşılaştırdığı çalışmasında % 2'lik klorheksidin solüsyonu ile oral dekontaminasyonun, mekanik ventilasyonlu hastalarda VİP'i önlemek için etkili ve güvenli bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (9). Shafipour ve ark. 32 makale inceleyerek yaptığı bir incelemede klorheksidin ve antiseptik ile yapılan ağız bakımının, ventilatör kaynaklı pnömoniye önlediği ve diş fırçasının, ventilatör kaynaklı pnömoni mikroorganizmalarının birikim yeri olan diş plağı sayısının azaltılmasında önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır (10).

SONUÇ

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağız bakım uygulamalarının sıklıkla doğru olmadığı ve kanıta dayalı uygulamalardan ziyade alışılmış uygulamalar kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri arasında ağız bakım uygulamalarında önemli derecede farklılıklar bulunmaktadır (3). Yoğun bakım hemşirelerin ağız bakım uygulamasını öncelikli uygulamalar arasında görmemesi ve konuyla ilgili bilgi eksikliklerinin olması nedeniyle etkili ağız bakımı verilemediği belirtilmektedir. Ancak, ağız bakımı için kanıta dayalı öneriler mevcut değildir. Bu nedenle, bu bilgileri vermeyi amaçlayan önemli çabalara, entübe edilen hastaların bakımıyla ilgilenen tüm sağlık çalışanlarının eğitim ve motivasyonunun acilen ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Özveren H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı Oral Care in Patients Receiving Mechanical Ventilator. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg. 2010;92-9.
2. Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B, Bryant S. Oral Care Interventions in Critical Care : Frequency and Documentation. Am J Crstşcal Care. 2003;12(2):2-4.
3. Celik GG, Eser I. Examination of intensive care unit patients' oral health. Int J Nurs Pract. 2017;23(6):1-9.
4. Garcia R, Jendresky L, Colbert L, Bailey A, Zaman M, Majumder M. Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: A 48-month study. Am J Crit Care. 2009;18(6):523-32.
5. Yurdanur D, Yagmur F. A Recent View and Evidence-Based Approach to Oral Care of Intensive Care Patient. Int J Caring Serv. 2016;9(2):1177-85.
6. Fields LB. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. J Neurosci Nurs. 2008;40(5):291-8.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

7. Hua F, Xie H, Worthington H V., Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2016;10(10):CD008367.
8. Kocaçal Güler E, Türk G. Oral Chlorhexidine Against Ventilator-Associated Pneumonia and Microbial Colonization in Intensive Care Patients. West J Nurs Res. 2018;(14).
9. Hutsaya T, Morkhareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V. Randomized Controlled Trial and Meta-analysis of Oral Decontamination with 2% Chlorhexidine Solution for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008;29(2):131–6.
10. Shafipour V, Haghighi A, Bagheri Nesami M. The Impact of Oral Care in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: A Narrative Review. Iran J Nurs Res [Internet]. 2018;12(6):25–36. Available from: <http://ijnr.ir/article-1-1839-en.html>

SALON :A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTALARDA KANITA DAYALI BAKIM MEKANİK VENTİLASYONDA PRONE POZİSYONUNUN YÖNETİMİ

Prof.Dr. Sevim Çelik

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

GİRİŞ

Prone pozisyonu 30 yaşından büyük hipoksemik hastalar için yararlı olduğu bilinen ventilatör tedavisinin etkinliğini artıran ucuz, basit ve güvenli stratejilerden biridir. Prone pozisyonunda mekanik ventilasyon, akut akciğer yetmezliğinde oksijenasyonu ve akciğer kapasitesini artırmak için ilk olarak 1970’li yıllarda uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle şiddetli ARDS’li hastalarda erken başladığında ve uzun süreli uygulandığında yararlı etkileri olan bir uygulamadır. Önceki yıllarda yapılan randomize kontrollü çalışmalar ile metaanaliz çalışma sonuçlarında yararlı etkileri kanıtlanmasına karşın prone pozisyonunun kullanımı istendik düzeyde değildir. Bu sonucun, kanıta dayalı uygulamaların eksikliğinden, çevresel etmenlerden, deneyim eksikliğinden ve emosyonel olarak bazı yanıtlara yol açtığından düşünülmektedir. Kaynaklandığı görüşü hakimdir.

YÖNETİMİ

Literatür incelendiğinde, yoğun bakım hastalarında pozisyon değişikliği tiplerini etkileyen ya da kısıtlayan durumlar hakkında çok fazla çalışma yapılmadığı, pozisyon değişikliği, ambulasyon ve hemşirelik hakkında yönlendirici rehberlerin eksik olduğu dikkati çekmektedir. Buna karşın hemşireler, prone pozisyonunda mekanik ventilasyon tedavisi olan hastaların sürekli olarak değerlendirilmesinde ve bakımının gerçekleştirilmesinde sadece en iyi klinik sonuçları sağlamak için

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

değil, aynı zamanda hasta ve ailesinin bakım ve rahatlığını sağlamak için anahtar konumunda görevlerini sürdürmelidirler.

POZİSYON VERME

Hastaların prone pozisyonuna uygunluğu, çok yönlü bir bakış açısıyla değerlendirilmeli ve multidisipliner bir yaklaşım tercih edilmelidir. Pozisyon sırasında bağlantı kopması, endotrakeal tüpün kıvrılması ya da endotrakeal tüpün sekresyon nedeniyle tıkanması gibi yaşamı tehdit edici riskler nedeniyle pozisyon verilmeden önce hasta ve yakın çevresinin düzenlenmesi, hastanın döndürülmesi için uzman personel dahil olmak üzere en az 5 sağlık personelinin olması önemlidir.

Pozisyon Değişimi Öncesi

Öncelikle işlem hakkında bilinçli ise hasta, değilse hasta ailesi bilgilendirilmelidir. Personel arasında görev dağılımı yapılmalıdır. Pozisyon vermeden önce arteriyel kan gazı analizi yapılmalıdır. İşlem sırasında ve sonrası izlenmelidir. Hastaların endotrakeal / trakeostomi tüpünün güvenliğine dikkat edilmelidir. Entübasyon ekipmanı, gerektiğinde yeniden konumlandırmayı/yeniden entübasyonu sağlamak için hazır bekletilmelidir. Aspiratörün vakum gücü, ambu, entübasyon ünitesi, acil arabası kontrol edilmeli ve hastanın yatağına bitişik konumda olmasına özen gösterilmelidir. Gerekli olmayan monitörler kaldırılmalı ve infüzyon en aza indirilmelidir. Ekipman ve kateterlerin gerilmesini önlemek için infüzyon pompasının yeri kontrol edilmelidir. Vasküler kateterlerin baskılanmasından kaçınmak üzere ek küçük bağlantılar ile uzunluklarının artırılması sağlanmalıdır. Mekanik ventilatör kablolarının uzunluğu kontrol edilmeli ve gerekirse daha uzun kablolarla değiştirilmelidir. Endotrakeal / trakeal aspirasyon, pozisyon değişimi öncesi yapılmalıdır, ani ve sürekli aspirasyon gereken hastaya erişim kolaylığı sağlayacak şekilde kapalı bir aspirasyon sistemi yerleştirilmelidir. Tüp bantlarına ve kaf basıncına dikkat edilmelidir. Hastanın uygulama öncesi 10 dk boyunca %100 FiO₂ ile oksijenasyonu sağlanmalıdır. Hastanın göz ve cilt değerlendirilmesi yapılmalıdır. Göz, koruyucularla kapatılmalıdır. Basınç yaralanmasının gelişimini önleyici girişimler yapılmalıdır. Nazogastrik tüpün(NG) yeri kontrol edilmeli ve aspire edilmelidir. Uygulama öncesi en az 2 saat beslenmeye ara verilmelidir. Sedasyon ya da kas gevşetici artış ihtiyacı değerlendirilmelidir.

Pozisyon Değişimi Sırası

Yatağın düz, hastanın kollarının yanlarda ve gövdeye yakın, avuç içlerinin içeri doğru bakacak şekilde konumlandırılmasının sağlanması önemlidir. Tüp ve drenler klemplenmeli, drenler kaydırma tahtasındaki hastanın vücudunun hemen yakınına yerleştirilmelidir. Üriner kateterler ise kaydırma tahtasında hastanın bacaklarının arasına yerleştirilmelidir. Göğüs tüpü varlığında, tüpün hastanın ayaklarından aşağıda olmasına dikkat edilmelidir. İşlem sırasında gerekli olduğu düşünülen aygıt ve hatların güvenliği sağlanmalı ve pozisyon verme işleminin tüm aşamalarına uygun esneklikte olmalıdır. Arteriyel hat destekten çıkarılmalı ve hastanın vücuduna sabitlenmelidir. Elektrotlar göğüs ön duvarından çıkarılarak üst ekstremitelere yerleştirilmelidir. Hastaların alın, omuzlar, göğüs, dizler ve iliyak bölgeleri koruyucular ile desteklenmelidir (Öneri A). Tüm gerekli hatların güvenli bir şekilde sağlanması ve hastanın kafasının yönlendirilmesinden sonra, bir koordinatör, iki taraftaki iki ek personelin aynı şekilde konumlanması ve pozisyon verilmesi sağlanmalıdır. Hastalara pozisyon vermek için otomatik prone pozisyonu veren teknolojik aygıtlardan yararlanılabilir. Kısa süreli prone pozisyonunda hastaların orta derecede karın içi basıncının artıran ve basınç yaralanması riskini azaltabilen hava yastıklı yataklar, basınç azaltıcı şiltelerin kullanımı üzerinde düşünülmelidir. Hasta yüzücü pozisyonunda tutulmalı, yüzün belirgin koluna doğru baktığından ve diğer kolun vücudun yan kısmında kaldığından emin olunmalıdır. Prone pozisyonu verildikten hemen sonra yatak, yüz ve periorbital ödemin şiddetini azaltmak için ters trendelenburg pozisyonuna (30-45° aşağı eğimli)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

getirilmelidir. Prone pozisyonunda invaziv mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda kusmayı önlemek, gastrik boşalmayı sağlamak ve ventilatörle ilişkili pnömoniye azaltmak üzere semi rekümbent pozisyonunun verilmesi de önerilmektedir. Gözün ilk değerlendirmede kapalı kaldığından ve doğrudan basınçtan uzak tutulduğundan emin olunmalı, korneal kuruma, aşınma veya ülserasyonun önüne geçilecek önlemler alınmalıdır. Hastaların ağrı / sedasyon durumları değerlendirilmeli ve hekim istemine göre analjezi / sedasyon uygulanmalıdır.

Pozisyon Değişimi Sonrası

Pozisyon değişimi öncesi çıkarılan tüm önemli olmayan izleme ekipmanı bu aşamada yeniden bağlanmalıdır. Koldaki elektrotlar çıkarılarak doğru şekilde sırtta yerleştirilmelidir. Prone pozisyonu verilen hastada yeniden konumlandırma yaklaşımı benimsenmelidir bu doğrultuda her 2 saatte bir yüzücü pozisyonu diğer yönle değiştirilmelidir. Her 2 saatte bir basıncı azaltmak için baş ve boyun lateral olarak döndürülmelidir (Öneri A). Klempleri açarak tüp ve drenlerin kontrolü yapılmalıdır. Ventral pozisyonunda iken kemik çıkıntıları üzerinde basınç noktaları gözlemlenmeli ve hasta rahatlatılmalıdır. Hastaların prone pozisyonuna yanıtı, hemen ve kabul edilemez bir fizyolojik bozulma meydana gelmediği varsayılarak, 30 dakika sonra değerlendirilmelidir. Arteriyel kan gazı analizi yapılmalı, oksijen indeksi supine pozisyonundaki değer ile karşılaştırılarak hesaplanmalı ve kaydedilmelidir. Pozisyondan 1 saat sonra enteral beslenmenin sürdürülmesi değerlendirilmeli, uygunsa beslenmeye başlanmalı, abdominal distansiyona dikkat edilmelidir. Prokinetik ajanlar tedaviye eklenmeli, transpilorik beslenme üzerinde düşünülmelidir.

HASTA İZLEMİ

Prone pozisyonu verilmeden önce, pozisyondan 1 saat sonra, supine pozisyonuna getirilmeden hemen önce ve 4 saat sonra hastanın fizyolojik parametreleri sürekli izlenmeli ve kayıt edilmelidir. Hemşire endotrakeal tüpün pozisyonunu ve ventilatör ilişkili pnömoni varlığını (radyolojik infiltrasyon, 38°C'den yüksek ve 36°C'den düşük vücut sıcaklığı, pürülan trakeal aspirat, lökosit sayısının 4000'den düşük veya 12.000'den yüksek olması) izlemeli ve kayıt etmelidir. Hastanın cilt bütünlüğü her nöbette gözlenmelidir (Öneri A).

BESLENMENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ

Prone pozisyonundaki hastalarda erken enteral beslenme güvenliğine ilişkin yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Güncel rehberler, hastaların yoğun bakıma kabulünden itibaren 48 saat içinde enteral beslenmeye başlanmasını önermektedir. Yalnızca birkaç literatür, prone pozisyonu sırasında enteral beslenmenin yararlı olduğunu göstermiştir. Bu yetersiz veriler nedeniyle enteral beslenme için güncel rehberler, prone pozisyonunda mekanik ventilasyon desteği alan hastalara özgü değildir. Bu konu tartışmalı kalmıştır.

TRANSFER

Hastanın transport ventilatörü tolere edebileceği belirlenmeli ve transport sırasında hastaya ulaşımını sağlayacak ya da hastanın havayolunu baskılamayacak şekilde prone pozisyonu verilmelidir. Transfer sırasında yeterli uzman personel sağlanmalıdır.

SONUÇ

Hemşirelerin kanıt temelli uygulamalarını gerçekleştirmesi hastanın güvenli ve kaliteli bakım almasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bloomfield, R., Noble, D.W., Sudlow, A. (2015). Prone position for acute respiratory failure in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, (11), CD008095.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

2. DellaVolpe, J.D., Lovett, J., Martin-Gill, C., Guyette, F.X. (2016). Transport of Mechanically Ventilated Patients in the Prone Position. *Prehosp Emerg Care*, 20(5), 643-7.
3. Mora-Arteaga, J.A., Bernal-Ramírez, O.J., Rodríguez, S.J. (2015). The effects of prone position ventilation in patients with acute respiratory distress syndrome. A systematic review and metaanalysis. *Med Intensiva*, 39(6), 359-72.
4. North of England Critical Care Network (2017). Prone ventilation of the critically ill patient. Erişim adresi:
<https://www.noeccn.org.uk/resources/Documents/Benchmarks%20Guidelines/Guidelines%20-%20old/NoECCN%20Guideline%20Prone%20the%20Critically%20Ill.pdf>.
5. Oliveira, V.M., Weschenfelder, M.E., Deponti, G., Condessa, R., Loss, S.H., Bairos, P.M., Hohegger, T., Daroncho, R., Rubin, B., Chisté, M., Batista, D.C., Bassegio, D.M., Nauer Wda, S., Piekala, D.M., Minossi, S.D., Santos, V.F., Victorino, J., Vieira, S.R. (2016). Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Rev Assoc Med Bras*, 62(3), 287-93.
6. Reignier, J., Thenoz-Jost, N., Fiancette, M., Legendre, E., Lebert, C., Bontemps, F., Clementi, E., Martin-Lefevre, L. (2004). Early enteral nutrition in mechanically ventilated patients in the prone position. *Crit Care Med*, 32(1), 94-9.
7. Rowe, C. (2004). Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults. *Nurs Crit Care*, 9(2), 50-7.
8. Sud, S., Sud, M., Friedrich, J.O., Adhikari, N.K. (2008). Effect of mechanical ventilation in the prone position on clinical outcomes in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 178(9), 1153-61.
9. Wong Sze L.R. (2014). *Evidence based guideline of prone positioning for adult patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care unit*. Unpublished Master Thesis. The University of Hong Kong, Hong Kong.
10. Wright, A.D., Flynn, M. (2011). Using the prone position for ventilated patients with respiratory failure: a review. *Nurs Crit Care*, 16(1), 19-27.

SALON :A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : İNVAZİV MEKANİK VENTİLASTON UYGULANAN HASTALARDA KANITA DAYALI BAKIM

Planlanmamış Ekstübasyonun Önlenmesinde Hemşirenin Roller

Uzm.Hemşire.Semine AYDOĞAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Endotrekeal veya trekeal tüpün plansız çıkması; tüpün erken dönemde hasta tarafından çıkarılması ya da bakım ve tedavi uygulamaları sırasında tüpün yanlışlıkla yerinden çıkması olarak

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi

10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

tanımlanmaktadır. YBÜ’de tüpün plansız çıkma sıklığının % 2.8 ile % 20.6 arasında değişmekle birlikte yaklaşık % 10 olduğu ifade edilmektedir.(Curry ve ark. 2008; Moons ve ark. 2004; Moons ve ark 2008; Richmond ve ark. 2004).

Tüpün plansız çıkması üst solunum yolu yaralanmaları, mide içeriği aspirasyonu, hipoksi, solunum yetmezliği, hipotansiyon, aritmi, tekrar entübe etme gereksinimi, kardiyak arrest ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir.(Aydoğan ve Kaya 2017, Curry ve ark. 2008; Moons ve ark. 2004; Moons ve ark 2008; Richmond ve ark. 2004; Silva ve ark. 2008,). Hastaların bakımından sorumlu hemşirelerin plansız ekstübasyonu öngörme oranının %73.3 olduğu ;hastaların %95,5’inin (n=21) entübasyon tüpünü hastanın kendisinin çektiği belirlendi(Aydoğan ve Kaya 2017).

Moons ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada hastaların entübasyon tüpünü kendilerinin çekme oranı %75 iken; kazayla olma durumu %33,3 olarak bulundu. Plansız ekstübasyon sonrası tekrar entübe edilme oranları ilk bir saat içinde % 36-% 57; 48 saat içinde % 37-% 57 olarak bildirilmiştir(Aydoğan ve Kaya 2016, Moons ve Ark. 2010). Plansız ekstübasyon ve reentübasyon mekanik ventilasyon, yoğun bakımda kalış ve hastanede kalış süreleriyle ilişkilidir. Bu nedenle plansız ekstübasyon yoğun bakım ünitelerinde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. (Gündoğan 2011; Epstein ve ark. 2000; Groot ve ark. 2011)

Entübasyon uygulandıktan sonra entübasyon tüpünün doğru bir şekilde tespit edilmesi ve bakımının yapılması entübasyona ilişkin girişimlerin kritik adımlarını oluşturmaktadır (Aydoğan ve Kaya 2017, Curry ve ark. 2008; Richmond ve ark. 2004). YBÜ’de entübasyon tüpünün açıklığı ve tüpün yerinde kalmasının sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelerin sorumluluğundadır ve endotekeal tüpün plansız olarak çıkması, bir risk olarak bakımın sonuçlarını etkileyebilmektedir. (Richmond ve ark 2004).

PLANSIZ EKSTÜBASYONLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Hasta ile ilgili Risk Faktörlerive hemşirenin sorumlulukları

- Konfüzyon,
- Fiziksel acı,
- Nazokomiyal enfeksiyonlar
- Erkek cinsiyet
- APACHE skoru ≥ 17
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı,
- Huzursuzluk / ajitasyon
- Düşük sedasyon seviyesi
- Daha yüksek bilinç düzeyi
- Uzamış ekstübasyon süreci

Fiziksel Acı

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Ağrının değerlendirilmesi saf bir hemşirelik görevidir. Her hasta, bireysel acı hissi nedeniyle sürekli değerlendirilmelidir. Her vardiyada en az bir kere kez bir vardiya; ağırlı müdahalelerden önce ve sonra.

Huzursuzluk / Ajitasyon

Bireyin kendini oyalayacak (gazete, kitap okuma, bilgisayar kullanımı gibi) aktiviteleri yerine getirmelerine engel olmakta ve bireyler zamanın hiç geçmediğini, sıkıldıklarını ifade etmektedirler. Bu durum bireylerde stres yaratmakta ve entübasyon tüpünün çıkmasına sebep olmaktadır (Kumsar ve Yılmaz 2013).

Entübasyon hastaların iletişim aktivitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Mekanik ventilatöre bağlı hastalar ihtiyaçlarını iletmekte büyük zorluk çekmektedirler. Entübe edilen hastalarda konuşamamaya bağlı olarak bilişsel ve emosyonel sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Hasta ile iletişim kurabiliyorsa endotrakeal tüpün takılma gerekçesini hastaya açıklamalı ve bireyin kendini ifade edebilmesine yardımcı olabilecek iletişim yöntemleri uygulanmalıdır.(Aydoğan ve Kaya 2017, Otuzoğlu 2010,).

Entübe hastaların aileleri ve sağlık çalışanları ile sözel iletişim kuramamaları, ihtiyaçlarının karşılanmasını engelleyerek anksiyete, güçsüzlük, izalasyon, kontrol kaybı, korku, öfke, bağımlılık ve yararsızlık gibi olumsuz duyguları yaşamalarına neden olmaktadır (Bahçivan ve ark 2011; Otuzoğlu 2010).

Düşük Sedasyon Seviyesi/ Ajitasyon

Sedasyon veya kesintili sedasyon stratejileri, sedatiflerin günlük olarak kesilmesi ile sürekli sedasyon stratejisine göre daha yüksek plansız ekstübasyon oranları ile ilişkilidir. Ajitasyona izin veren sedasyon stratejileri, plansız ekstübasyon riskini artırabilir. Bireyin sedasyon düzeyi her vardiyada bir ölçüm aracı kullanılarak takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Hekim istemine ve hasta güvenliğine uygun şekilde sedasyon düzeyi ayarlanmalıdır.

Hasta Dışı Risk Faktörleri ve hemşirenin sorumlulukları

- Yüksek hasta-hemşire oranları,
- Uzamış ekstübasyon süreci
- Fiziksel kısıtlamaların kullanımı
- Gece vardiyası
- Endotrakeal tüpün kötü tespitlenmiş olması,

Yüksek Hasta-Hemşire Oranları

Bazı kritik bakım ortamlarında karmaşık tedaviler alan bazı hastalar, bir hastaya birden fazla hemşire gerektirebilir. Hemşireler arası hasta oranları ve yoğun bakımdaki kadro gereksinimlerini hesaplarken, hemşirelik vardiyasındaki hemşirelik ve destek meslek mensuplarının beceri kümelerine ve niteliklerine göre dikkat ve özen gösterilmeli ve hasta bakımındaki dalgalanmalarla yeniden

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

değerlendirme yapılmalıdır. Yoğun bakım hemşireleri, emeklerini, hasta bakımında ileri düzeyde beceri, uzmanlık ve en iyi uygulama bilgisi gerektiren roller ve görevlere odaklamalıdır. (Buenos Aires Deklerasyonu 2005).

Uzamış Ekstübasyon Süreci

Moons ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada hastaların %42,9 gibi önemli bir çoğunluğunun ekstübasyon yapılması planlanan günde self ekstübasyonun gerçekleştiği, %14,3'ünün de self ekstübasyonun, planlanan günden bir önceki gün gerçekleştiğini belirtti. EfCCNa, YBÜ hemşirelerinin weaning sürecine aktif olarak katılmasını tavsiye etmektedir. YBÜ hemşiresi her zaman yatak başındadır ve bir hastanın mekanik ventilasyondan ayrılmaya hazır olup olmadığını belirleyebilmelidir. Hastanın Weaning için hazır olup olmadığını teşhis etmek için yoğun bakım hemşiresi, bir protokol kullanarak Weaning sürecini kolaylaştırmalarını; YBU birimlerinin Weaning protokollerini geliştirilmesini ve bunu yaparken son ve güncel en iyi kanıt kullanılmasını önermektedir.

Fiziksel Kısıtlamaların Kullanımı

Atkins ve arkadaşlarının (1997) 50 plansız ekstübe ve 100 kontrol grubu bireyde yaptıkları çalışmada plansız ekstübe grubun %41'inde kontrol grubunun %22'sinde fiziksel kısıtlama uygulandığı tespit edildi ve bu sonuçlara göre fiziksel kısıtlamanın self ekstübasyon için risk oluşturduğu savunulmaktadır. Chang ve arkadaşları (2008) 300 kişilik bir örnekleme yaptıkları çalışmada yoğun bakım sürecinde fiziksel kısıtlama uygulanan 191 bireyin 82 sinin plansız ekstübe olduğu, fiziksel kısıtlama uygulanmayan 109 bireyden 18 kişinin plansız ekstübe olduğunu gözlemledi ve yaptıkları analizin sonucuna göre "fiziksel kısıtlama uygulanan bireylerde self ekstübasyonun daha çok görüldüğünü ve bu durumun fiziksel kısıtlamadan kurtulma çabasıyla kaynaklandığını" belirtmektedir. Fiziksel kısıtlama hasta güvenliğini sağlayacak uygun yöntem kullanılmalı, bireye fiziksel kısıtlama ile ilgili bilgilendirilmeli ve birey fiziksel kısıtlamanın oluşturabileceği zararlı etkiler açısından takip edilmeli.

Endotrakeal Tüpün Kötü Tespitlenmiş Olması

Tüpün iyi tespit edilmemiş olması hastaların öğürme refleksini uyarmakta ve tüpe reaksiyon göstermesine ve endotrakeal tüpün plansız çıkmasına neden olabilmektedir. Kadavralarla yapılan bir çalışmada yapışkan bant yöntemi ile 4 farklı tüp tutucu karşılaştırılmış ve yapışkan bant yöntemi, tüp güvenliğini sağlamada en etkili iki yöntemden biri olarak belirlenmiştir. Murdoch ve Holdgate (2007) tarafından yapılan bir çalışmada da tüp tutucu materyalin gazlı beze göre daha güvenli olduğu saptanmıştır. tüp tespiti seçiminde bireyin özelliklerine uygun en güvenli yöntem seçilmeli. Endotrakeal tüp kaf basıncı 20-30 cm H₂O arasında tutmalı, her vardiyada en az bir kez endotrakeal tüpün kaf basıncı kontrol edilmelidir.

Sonuç

- ✓ Entübasyon uygulanan hastanın yeterli sedasyonunun sağlanması.
- ✓ Entübe hastalarla yeterli iletişimin sağlanması
- ✓ Hemşirelerin mekanik ventilatörden ayrılmada aktif rol alması

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- ✓ Entübasyon tüpünü plansız çıkaracağı öngörülen hastalara yönelik bakım protokollerinin geliştirilmesi.
- ✓ Entübasyon tüpü plansız çıkan bireylerde komplikasyon gelişebileceği varsayılarak bu komplikasyonların gelişimini önlemeye yönelik planlanması ve uygulanması
- ✓ Özellikle meslekler arası iletişimi arttırmak,
- ✓ Aşırı ortam kaosu azaltmak,
- ✓ Doğrudan gözetimi tehdit eden engellerin üstesinden gelmeyi amaçlayan stratejileri uygulamak
- ✓ Uygun hemşire-hasta oranını sağlamak
- ✓ Prosedürlerin standardizasyonu,
- ✓ Personel eğitimi

KAYNAKLAR

1. Aydoğan,S.,Kaya,N.(2017). The Assessment of the Risk of Unplanned Extubation in an Adult Intensive Care Unit Dimens Crit Care Nurs. 2017 Jan/Feb;36(1):14-21.
2. Bahçivan, G., Sütçüçek, H., Özcan, T. (2011). Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Yakınlarıyla İletişim. İç hastalıkları Dergisi. 18(2),117-122. Bakım Dergisi. 3(2), 65-71.
3. Chang, L., Wang, K., Chao, Y. (2008). Influence Of Physical Restraint on Unplanned Extubations of Adult Care Patients : A Case-Control Study. American Association of Critical- Care Nurses. 17, 408-415.
4. Epstein, S., Nevins, M., Chung, J. (2000). Effect of Unplanned Extubation on Outcome of Mechanical Ventilation. Am J Respir Crit Care Med. (161). 1912-1914.
5. Gündoğan, K., Coşkun, R. Güven, M., Sungur, M. (2011). Yoğun Bakımda Endotrakeal Entübasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Dergisi. 2, 39-43.
6. Kumsar, A., Yılmaz, F. (2013). Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 10(2), 56-60.
7. Moons, P., Sels, K., Becker, W., Geest, S. Ferdinande, P. (2004). Development of a risk assessment tool for deliberate self-extubation in intensive care patients. Intensive Care Med. 30, 1348-1355.
8. Murdoch E, Holdgate A.(2007).A comparison of taping versus a tube-holding device for securing endotracheal tubes in adults. Anaesth Intensive Care 2007;
9. Otuzoğlu, M. (2010). Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Hastalarla İletişimde Resimli İletişim Materyallerinin Etkinliğinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
10. Richmond, A. Jarog, D., Hanson, V. (2004). Unplanned Extubation in Adult Critical Care: Quality Improvement Education Payoff. Crit Care Nurse. 24, 32-37.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON :B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : YOĞUN BAKIMDA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Yoğun Bakımda Hasta Teslimi

Uzman Hemşire Duygu GÜNDÖNDÜ KARS

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD

Giriş

- Hasta Tesliminde Yapılması Gereken Durumlar
- Hasta Tesliminin İçeriği
- Hasta Tesliminin Süresi
- Hasta Tesliminin Yeri ve Şekli
- Hasta Tesliminde Kullanılan Modeller
- Sonuç

Giriş

Yoğun bakım üniteleri; yüksek teknoloji ve ileri monitorizasyon yöntemlerinin kullanıldığı, kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya organ sistemleri bozukluğu olan kritik hastaların bakım ve tedavilerinin gerçekleştirilmesine olanak sağlayan özellikli birimlerdir.

Hasta teslimi, hastanın durumuna özgü özellikli bilgilerinin standart bir iletişim tekniği kullanılarak devredildiği profesyonel bir iletişim sürecidir. Hasta teslimi, klinik olarak hastaya özel bilgilerin verildiği ve iletişim eksiklerinden kaynaklı hataları azaltan dinamik bir süreçtir. Hastaların güvenli ve etkin bakımı, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin kusursuz olmasına ve sürekliliğine bağlıdır. Bir sağlık profesyoneli hastasını diğer sağlık profesyoneline teslim ederken ortaya çıkan yanlış anlamalar veya eksik bilgiler hastanın güvenliğini tehlikeye sokar. Hemşirelik için hasta teslimi; hasta bakım sorumluluğunu bir hemşirenin diğerine ilettiği bir geçiş alanıdır. Hasta teslimi; bakım kalitesinin yükseltilmesi, hemşirelik bakımının kaydedilmesi ve hasta bilgilerinin sağlık profesyonelleri arasında doğru aktarılması açısından önemli bir yere sahiptir.

Hasta Tesliminde Yapılması Gereken Durumlar

Sağlık profesyonelleri arasında hasta teslimi; nöbet değişimlerinde, kısa bir süre için personelin görev yerinden ayrıldığı durumlarda, bir bakım seviyesinden diğerine geçişlerde, hastanın bir test için transfer edildiği durumlarda, konsültasyon sürecinde, ameliyat öncesi ve sonrasında yapılmalıdır.

Hasta Tesliminin İçeriği

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Hasta tesliminde ilk kural, sağlık profesyonelleri arasında paylaşılan bilginin açık, anlaşılır, doğru ve güvenilir olmasıdır. Sağlık profesyoneli hastasını diğer bir sağlık profesyoneline teslim ederken hastasının; tanıtıcı özelliklerini, tıbbi tanısını, geçmiş hikayesini, yaşamsal bulgularını, önemli laboratuvar değerlerini, tedavi uygulamasını, diyetini, kateter ve drenlerini, infüze edilen sıvılarını, gereksinimlerini ve bakım planını, düşme ve basınç yarası risklerini, izolasyon durumunu içeren bilgileri açık ve anlaşılır bir şekilde ifade etmelidir. Yapılan çalışmalar hasta teslimi için harcanan zamanın azalması ve aktarılan bilgilerin tam ve eksiksiz olması için standardize formlar kullanılmasının gerekliliğini öne sürmektedir(Johnson ve Jefferies,2012). Ancak hemşireler için oluşturulan bu formların kullanımı her klinikte değişen hasta gereksinimlerini belirlemek için yetersiz kalmaktadır.

Hasta Tesliminin Süresi

Hasta sayısına ve hastaların durumuna göre değişmekle birlikte literatürde hasta tesliminde standart profesyonel bir iletişim modelinin kullanılması durumunda teslimin 15-30 dakika sürdüğünü bildirilmektedir.

Hasta Tesliminin Yeri ve Şekli

Hasta teslim sürecinde, teslimin veriliş şekli ve yeri teslimin istenilen standartlarda olması ve bakımın kalitesi açısından önemlidir. Literatürde dikkat çeken hasta teslimleri;

1. *Sözel Teslim:* Önceden belirlenmiş bir alanda, hastanın tıbbi kayıtlarından elde edilen bilgilerin nöbeti devir eden hemşireden nöbeti devir alan hemşireye sözel olarak aktarıldığı teslimdir.
2. *Kayıtla Yapılan Teslim:* Sorumlu hemşirenin tüm hastaların bilgilerini ve kayıtlarını toplayarak bir sonraki vardiyadaki hemşireye aktarılmak üzere sesli olarak okuyup kayıt cihazına kaydettiği teslimdir.
3. *Yazılı Teslim:* Bilgi alışverişi; hasta kayıtları, ilaç kartları, bakım planı notları ve izlem formlarından anlatılarak yapılan teslimdir.
4. *Yatak Başı Teslim:* Hasta odasında, hastanın yanında tıbbi kayıtlar ile birlikte gözlem ve gereksinimlerin hem sözel olarak aktarıldığı hem de yazılı olarak kaydedildiği teslimdir.

Literatürde hasta teslim biçimlerinin hepsinin kullanılabileceği, fakat en etkin yöntemin yatak başı hasta teslimi olduğu vurgulanmaktadır. Sözel ve yazılı teslimlerin harmanlandığı yatak başında yapılan hasta teslimi, hemşireler arasında en sık kullanılan yöntemdir. Yazılı döküman kullanılmadan sadece sözel yolla yapılan teslimlerde veri kaybı olma olasılığı yüksektir. Hemşirelik bakım planları, gözlem ve ilaç çizelgeleri gibi yazılı dökümanlar hem kalıcı kayıtlar olması hem de yasal güvence sağlaması nedeniyle hasta teslim sürecinin vazgeçilmez unsurlarıdır. Yatak başı hasta teslimi; hastayı görselleştirerek önceliklerin belirlenmesini, hemşirelerin aktif bir şekilde bilgi almasını sağlayarak hemşire ve hastaya sorgulama fırsatı vermektedir. Yatak başı teslim şeklinin; bakımın sürekliliğini artırması, hastanın durumunu daha iyi açıklaması, daha doğru bilginin daha az zaman harcanarak aktarılması ve hastayla ilişkili önemli durum ya da sorunları hatırlatması bakımından birçok olumlu yönü bulunmaktadır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Hasta Tesliminde Kullanılan Modeller

Hemşireler bilgileri sistematik olarak iletebilmek için bazı modeller kullanırlar. Mevcut durumlar, hasta teslim modelinde bir alandan diğer alana farklılık gösterebilir. Bu nedenle hasta tesliminde kullanılan standart bir model bulunmamaktadır. Hasta sayısı, zaman ve hastane politikası gibi faktörler model seçimini etkiler.

Literatürde hasta tesliminde, hastayla ilgili acilen iletilmesi gereken bir bilginin hızlı, eksiksiz, net biçimde iletilmesini sağlayarak hasta ve sağlık profesyoneline soru sorma ve cevaplama imkanı sunabilen profesyonel iletişim modellerinin kullanılması önerilmektedir. En sık kullanılan modeller;

- SBAR,
- I PASS THE BATON,
- ISBAR,
- VITAL,
- PVITAL,
- 5 P's

olarak bildirilmiştir.

SBAR

Bir sağlık çalışanının diğer sağlık çalışanına hastayla ilgili acilen iletmesi gereken bir bilginin hızlıca, tam, net ve açık bir biçimde iletilmesini sağlayan iletişim adımlarının İngilizce baş harflerinden oluşan bir iletişim modelidir.

I PASS THE BATON

Hastayı teslim eden kişinin kendini hastaya ve hastayı devir edeceği sağlık profesyoneline tanıtması, hastanın tanıtıcı bilgilerinin verilmesi, mevcut şikayet, yaşam bulguları, tanının açıklanması, hastanın tedavisi ve tedaviye verdiği yanıt, intravenöz girişimleri, aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi, hastanın son durumu, kritik laboratuvar değerleri, düşme riski, alerji durumu, varsa izolasyon gerektiren durumları, önceki tıbbi öyküsü, kullandığı ilaçlar ve aile öyküsü, hastaya uygulanan invaziv işlemlerin ve gerekçesinin anlatılması, hastaya uygulanacak girişimlerin öncelik sırasının belirlenmesi, hasta ve ailesi ile hemşire hekimin sorumluluklarının belirlenmesi, hastanın teslim edildiği birimde hastaya uygulanacak tedavi planının belirlenmesi basamaklarından oluşan ve SBAR tekniğine göre daha ayrıntılı bir iletişim modelidir.

ISBAR

Giriş, durum, arka plan, değerlendirme ve öneriler alt başlıklarından oluşmaktadır. Telefonla hasta tesliminde ve diğer klinik teslimler için yol gösterici olarak kabul edilebilir. Girişte; hemşire eğer telefonda başka bir sağlık personeline hastayı teslim ediyorsa, kendini tanıtmalıdır. Hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, şu anki genel durumu hakkında bilgi verilir. Hastanın tıbbi öyküsü mevcut sorunları ve klinik sorunlarla ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde anlatılır. Bu bilgilerle hastanın bakım planında yer verilmesi gereken konular değerlendirilir. Son olarak teslim veren kişi ve teslim alan kişi önerileri sunar ve teslim sona erdirilir. Teslimin yeri ve zamanları önceden belirlenmelidir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

VITAL

Yatak başı hasta tesliminde kullanılır. Hemşire vardiya değişimlerinde, teslim süresi hasta sayısına bağlı olarak, 15-30 dakika sürer. İlk önce hastanın yaşam bulguları ile ilgili bilgiler verilir. Hastada takip edilmesi gereken yaşam bulguları, dren, santral venöz basınç gibi bilgiler değerlendirilir ve ne sıklıkla takip edildiği iletilir. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı dengesi, sıvı kısıtlaması olup olmadığı, diyeti iletilir. Hastanın tıbbi tanısı ve öyküsü kısaca anlatılır. Hastanın aldığı ilaçlar ve ilaçların uygulama saatleri belirtilir. Hastanın mobilizasyon durumu, düşme riski, basınç yarası riskleri, alınan önlemler, mobilizasyon sıklığı konularına da yer verilir

PVITAL

İlk aşaması dışındaki diğer aşamaları VITAL modeli ile benzerdir. Sadece ilk aşamada (Present); hastanın adı, yaşı, varolan problemlerin belirlenmesi ve hastanın bir sonraki vardiyaya hazırlanması başlıklarını kapsamaktadır.

5 P's

Toplam 5 kategoriden oluşmaktadır. 5 P's iletişim modeli diğer yöntemlere göre daha kısa olmakla birlikte diğer modeller gibi hasta tesliminin hızlıca, tam ve net bir biçimde iletilmesini sağlayan profesyonel bir iletişim modelidir.

Sonuç

Hasta teslim süreci; bakım kalitesinin artırılmasında, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, tekrarların azalması ve hasta memnuniyetinin artmasında etkilidir. Hastanın gerekli tüm bilgilerinin doğru, açık ve sistemli şekilde aktarılması, hastayı merkez alarak yatak başında profesyonel iletişim modelleri kullanılarak mümkün olan en kısa sürede yapılması gerekmektedir. Hasta teslim sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli nokta; doğru, eksiksiz ve anlaşılır bilginin doğru zamanda, doğru kişilerce verilmesidir.

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan hatalar; hasta ve çalışan memnuniyetinde azalmaya, bakım kalitesinde düşmeye, sağlık bakım sistemine olan güven kaybına ve sağlık bakım maliyetinde artışa neden olurlar.

KAYNAKLAR

Agarwal HS, Saville BR, Slayton JM, Donahue BS, Daves S, Kchristan K, et al. (2012). Standardized post-operative handover process improves outcomes in intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance. Crit Care Med. 40(7):2109-2115.

Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, et al. (2006) Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. Healthcare Quarterly. 9:75-9.

Boaro N, Fsnocott C, Baker R, Velji K, Andreoli A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. Journal of Interprofessional Care 24(1):111-114.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Collins SA, Stein DM, Vawdrey DK, Stetson PD. (2011). Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*. 44(4):704-12.

Çakmakçı M ve Akalın E. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Gökdoğan F, Yorgun S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(2):53-59.

Institute of Medicine. (2010). Crossing the quality chiasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC.

James D, Jukkala A, Azuero A, Auutrey P, Vining L, Miltner R. (2013). Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Review*. 3:59-65.

Johnson M, Jefferies D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*. 21(3- 4):331-43.

Moore SM. (2012). The European handover project: the role of nursing. *BMJ Quality & Safety* (1):1-3.

Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M. (2005). A pilot study to Show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*. 14(20):1090-3.

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K et al. (2004). Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Affairs* 23(W4): 487-504.

Smeulders M, Lucas C. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. 6:1-12

Toeima E, Morris E. (2013). Improving Patients' Handover, Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 23(7):221-223.

Tuğrul E, & Khorshid L. (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 31(1):95- 107.

Türedi D. (2011). Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri. Çukurova Üniversitesi.

Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 11(4):421-430.

Wallis S. (2010). How is Nursing Handover Talked About In The Literature?, Nursing Handover Research Project. Nursing Waikato Institute Of Technology. 3-20.

Welsh CA, Flanagan ME. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nursing Outlook*. 58(3):148-54.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 13:30 – 14:30

PANEL : YAŞAM SONU BAKIM

Yaşam Sonu Bakımda Semptom Yönetimi

Yurdanur Dikmen Doç. Dr.

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş:

Son yıllarda artan hastalıklar nedeniyle, günümüzde farkındalığın gittikçe artan yaşam sonu bakım kavramı sağlık bakım uygulamaları arasında yerini almaktadır. Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) tarafından yaşam sonu dönem; hastalığın son dönemine bağlı sağlığın azaldığı veya ileri yaşa bağlı sağlığın zayıfladığı süreç olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın son dönemindeki bakım, ilerleyen ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olduğunda bireyin ölene kadar mümkün olduğunca iyi yaşamasını sağlamak amacıyla verilen bakım aktivitelerini içermektedir. Bu açıdan yaşam sonu bakım süreci; hasta ve ailesinin bilgi gereksinimi, hasta ve ailenin bireysel değerlendirilmesi, hastanın fiziksel semptomlarının yönetimi ile psikolojik, sosyal ve manevi bakım ilkelerine dayanmaktadır. Yaşamın son gün ve saatlerinde olan hastalar ve ailelerinin fiziksel, psikolojik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasında tüm sağlık ekibi iş birliği içinde olmalıdır. Bu ekibin içinde yer alan hemşireler de önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından (2000) yaşam sonu bakımın ilk adımı olan semptom kontrolünün etkin biçimde sağlanması hastanın yaşam kalitesinin artırılması anahtar role sahiptir. Bu nedenle semptom yönetimi, hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaların yaşam kalitesinde anlamlı olarak önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır.

Semptom Yönetiminin Temel Özellikleri

Subjektiftir: Birey tarafından semptom deneyiminin tanımlanması/değerlendirilmesi ile başlar.

Girişimseldir: Semptom deneyimlendiğinde sorunu azaltmak ve semptom oluşumunu önlemek için başlatılan aktivitelerdir.

Amaçlıdır: Yaşanan deneyim ve semptom algısı amaçlı olarak bazı aktivitelerin yapılmasını sağlar.

Dinamiktir: Uygulanan girişimlere bağlı bireyin tepkisi ya da kabul etme durumu değerlendirilmelidir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Çok boyutludur: Birçok semptomun kontrolünü içerir.

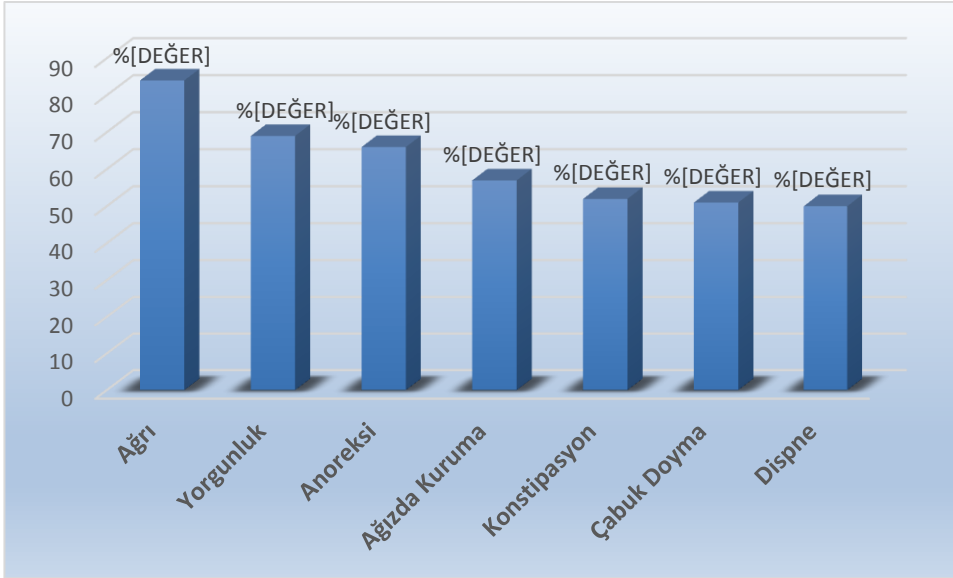
Değerlendirilebilir: Girişimlerin pozitif ve negatif sonuçları vardır.

Yaşam Sonu Dönemde Görülebilecek Semptomlar

Tablo 1. Yaşam Sonunda Genel Olarak Görülen Semptomlar

Ağrı	Karında Şişme	Anksiyete
İştahsızlık	Ajitasyon	Ağız Kuruluğu
Tad değişiklikleri	Anoreksi	Disfaji
Hıçkırık	Ağızda Aftlar	Dispepsi
Tremor	Vücut Ödemi	Bulantı-Kusma
Konfüzyon	Kabızlık-ışhal	Hafıza Problemleri
Dispne	Deliryum	Depresyon
Yorgunluk-Halsizlik	Öksürük	Baş Dönmesi
Kaşıntı	Hareketsizlik	İnkontinans
Uyku Problemleri	Reflü	Basınç Ülserleri

Tablo 2. Yaşam Sonunda En Sık Görülen Semptomlar



2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Semptom Yönetimi

Yaşam sonu bakımında başta ağrı olmak üzere hastayı rahatsız eden tüm semptomlar kontrol altına alınmalıdır. Semptom kontrolünün sağlanması için disiplinler arası işbirliğinin iyi yapılması gerekir.

Hemşire hastanın;

- Ağrısını
- Kardiyak ve solunum (dispne, öksürük, ödem, hıçkırık),
- Gastrointestinal (mukozit, bulantı, kusma, konstipasyon, iştahsızlık, barsak tıkanıklığı, diyare, asit, dehidratasyon, inkontinans),
- Genel (anoreksi, kaşeksi, yorgunluk, uyku bozukluğu, zayıflık, kanama, kötü koku, kaşıntı, ciltte yaralar, konvülsiyonlar),
- Bilişsel (ajitasyon, deliryum, konfüzyon, depresyon),
- Psikososyal ve spiritüel (anksiyete, korku, öfke, yas) problemlerini değerlendirmeli ve gerekli hemşirelik bakımını planlamalıdır (26).

Yaşam kalitesini bozan semptomlar invaziv olmayan girişimlerle rahatlatılıp, hastanın son dönem konforu sağlanmalı, hasta, yakınları ve bakım verenlerin korku ve endişeleri giderilmelidir. İlaçların oral, bukkal, sublingual, intranazal, transdermal, subkütan, rektal yoldan uygulanması hastayı daha az rahatsız edeceğinden tercih edilmeli, tüm ilaçlar, semptomlar ve vital bulgular düzenli ve sık aralıklarla takibe alınmalıdır. Günümüzde uygulamalardaki farklılıkların ve tıbbi hataların azaltılması, bakımın standardize edilmesi ve sağlık hizmet kalitesinin artırılması için kanıta dayalı uygulamaların önemi giderek artmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaları klinik ortamlarda uygulamada rehberler en önemli yol göstericilerden biridir. En iyi uygulamalar, hasta sonuçlarına başarılı bir şekilde yansıyan bakım ve tedavi unsurları ile yaklaşımların yer aldığı rehberlerde ortaya çıkmaktadır. Tüm dünyada yaşamın son günlerinde ve saatlerinde olan bireylerin bakımında, kanıta dayalı uygulamaların yer aldığı rehberler bulunmaktadır. Bu amaçla semptomların kontrol altına alınması için kanıta dayalı rehberler kullanılabilir. Ayrıca “Huzurlu Yaşam Sonu Teorisi” terminal dönemdeki hastalara huzurlu bir yaşam sonu sağlama açısından hemşirelere kavramsal bir çerçeve sağlayarak, etkili bakımı sağlamada rehberlik edebilir.

Tartışma-Sonuç: Hastaların yaşam sonu dönemde yaşadığı çoklu semptomların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin ortadan kaldırılması için tek bir semptom üzerine odaklanma yerine eşzamanlı olarak görülebilecek tüm semptomlara odaklanmak gereklidir. Semptom yönetiminde semptomların sistematik değerlendirilmesi ve sürekli tanınması çok önemlidir. Tanılama ile semptomlar zamanında ve doğru olarak belirlenerek, semptomu rahatlatmak ve olumlu hasta

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

sonuçlarına yönelik girişimlerin planlanıp uygulanması sağlanabilecektir. Bunun yanında yaşam sonu dönemde görülen ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen semptomların yönetiminde, kanıta dayalı rehberler ve bakım modelleri hemşirelere yol gösterici olabilir.

Kaynaklar:

1. Heitkemper McLean, M. Palliative Care at End of Life. Ed. Lewis L. Sharon, Dirksen Ruff Shannon, Heitkemper McLean Margaret and Bucher Lindai. Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems, Canada, 2014; 140-153.
2. Van Giersbergen, Y.M, Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33 (1), 171- 181.
3. Liben S et al. , Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas Lancet 2008; 371: 852–64.
4. Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği, Gülhane Tıp Derg 54, 329-334.
5. Harstade, C.W, Andershed, B. (2004). Good palliative care: how and where? Journal of Hospice and Palliativ Nursing 6(1),27-35.
6. Shoemaker, L.K et al (2011). Symptom management: An important part of cancer care, Clinic Journal of Medicine, 78 (1),25-34.
7. William, S.A, Schreier, A.M. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety and sleep disorders in women undergoing chemotherapy breast cancer, Applied Nursing Research, 18,138-147.
8. Yakışan, R.Ş, Set, T. (2013). Klinik Uygulama Rehberleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 7(2),26-28.
9. Reville, B., Axelrod, D., Maury R. (2009). Palliative care for the cancer patient, Primary Care: Clinics in Office Practice, 36(4), 781-810.
10. Yıldırım, Y., Doğru, V.B., Mehrekula, Z., Aykar, Ş. F. (2017). Terminal dönemdeki hastaların bakımında huzurlu yaşam sonu teorisi, GÜSBĐ 6(3), 195-202.

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : YB'DA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

YB'DA GÜVENLİ HASTA TRANSPORTU

Semra Yurdakul

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

GİRİŞ

Yoğun bakım bir veya daha fazla organ/sistem yetersizliği veya fonksiyon bozukluğu nedeniyle izlem ve tedavi için daha komplike aletlerle hayatta kalabilecek olan hastalar için yapılmıştır. Kritik durumdaki hastanın bulunduğu ortamdaki tedavi ve bakım olanaklarının teknolojik ya da uzman açısından yetersiz olması veya gereksinim duyulan başka bir tedavi yönteminin sağlanabilmesi için kurum içinde bir tanılama bölümüne, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitesine ya da diğer bir kuruma transferi gerekebilir.

Transfer sırasında hastaya gelebilecek risk, dikkatli planlama uygun personel ve malzeme seçimi ile mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmalıdır. Güvenli transfer için temel prensipler: Deneyimli ekip seçimi ,uygun malzeme ve araç kullanılması, tam bir değerlendirme ve araştırma yapılması, transfer sırasında sürekli izlem ve bakım sağlanması /sürdürülmesi,uygun devir teslim yapılması ve doğru kayıt tutulması.

Transfer risklerini en aza indirmek için öncesinde hastayı stabilize etmek, güvenli bir seyahate hazırlamak için gerekli tanı ve tedaviler (venöz girişimler, entübasyon gibi) yapılmalıdır.

Kritik durumdaki hastanın taşınması için uygulanacak adımlar, karar verme, planlama ve uygulama aşamalarından oluşur. Hastanın taşınmasına karar verildikten sonra, planlama aşamasında durum planı, yoğun bakım hemşiresi ve doktoru gibi sağlık personeli tarafından yapılır. Hastanın gideceği yer seçilir ve iletişime geçilir, mesafe ve gecikme zamanı değerlendirilir.

Hastanın transferi esnasında eşlik edecek ekip en az bir hekim, hastaya bakan primer hemşiresi ve hasta bakıcıdan oluşmaktadır.

Transfer sırasında sürekli ritim takibi, pulse oksimetre, kan basıncı ve solunum hızı takibi yapılması önemlidir. Bununla birlikte seçilmiş hastalarda sürekli kan basıncı, santral venöz basınç ve pulmoner arter basıncı izlemi yapılmalıdır. Ayrıca mekanik ventilasyon desteği alan entübe hastalarda hava yolu açıklığı sağlanmalı, gerektiğinde entidal karbondioksit takibi yapılmalıdır.

Hastanın sağlık durumuna göre hastayı taşıyacak sağlık ekibi belirlenir. Uygulama aşamasında hastanın taşınması için seçilen tıbbi ekibin teknik ve yasal sorumluluğu gideceği servis veya üniteye teslim edildiğinde biter.

Sonuç olarak; kritik durumdaki hastanın transferi sırasında olumsuz etkilenmemesi ve risklerin ortadan kaldırılması ancak dikkatli bir planlama yapılması, deneyimli sağlık personelinin olması ve uygun donanım seçimi ile mümkündür.

KAYNAKLAR:

1. Gupta S, Bhagotra A, Gulati S, Sharma J. Guide- lines for the Transport of Critically Ill Patients. JK Science 2004;6(2):109-112.
2. Kanan N. Kritik durumdaki hastanın transferi.

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yayın Organı 1998;2(1):40-45.

3. Guidelines for the transfer of critically ill patients. Guidelines Committee of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical- Care Nurses Transfer Guidelines Task Force. Crit Care Med 1993;21(6):931-937
4. Bodur HA. Kritik Hastanın Transportu. Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(1):36-41.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : YB'DA HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Sağlığı Riskleri

K. Nilay GENÇ

TC İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

Çalışma, herhangi bir çalışma ortamında ve her türlü üretim ilişkisi içinde üretim faaliyetlerinden oluşan, kullanım ve değişim değeri olan mal ve hizmet üretimi olarak tanımlanmaktadır. Üretimin temel bileşenleri ise emek gücü, üretim araçları ve çalışma ortamıdır. Çalışma ortamı ile çalışan sağlığı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık çalışma yaşamını , çalışma yaşamı da sağlığı etkilemektedir.

Uluslararası çalışma örgütü (ILO) ve (DSÖ)Dünya Sağlık Örgütü , 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır. Sağlık alanı da bir hizmet üretim dalı, bir iş koludur ve her iş kolu gibi kendine özel riskler içermektedir. Risk altında çalışan personelin vereceği hizmet, o hizmeti alan kişileri de ilgilendirmektedir. Topluma sunulan sağlık hizmetinin niteliği sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları ile yakından ilişkili bulunmaktadır.

Yoğun bakımda çalışan sağlığı risk faktörleri; Enfeksiyon etkenleri, psikolojik etkenler, sosyal etkenler, kimyasal etkenler, çevresel etkenler, çalışma ortamı koşullarıdır.

Çalışma ortamı koşulları faktörleri arasında vardiyalı çalışma, uzun süre ayakta durma, fazla mesai ile çalışma, çok sayıda hastaya bakım verme ve gürültü sayılabilir. Çalışma ortamı koşullarına bağlı olarak yaşanan sorunlar, uyku düzensizlikleri, gastrointestinal sorunlar, kardiyovasküler sorunlar, kanser, psikolojik sorunlar, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, yorgunluk, mesleki doyumsuzluk , dikkatsizliktir.

Yoğun stres altında çalışmak sağlık çalışanlarını ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum yaşam kalitelerine olumsuz yansıyabilmektedir. Hemşireler ise hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

çalışanları olup, hasta bireyin ve ailesinin her türlü sorunlarında ilk başvurduğu, anahtar roldeki sağlık personelidir.

Vardiyalı çalışma, hemşireler için yaygın bir çalışma sistemidir. Çünkü hastanelerde tedavi gören hastalar yirmi dört saat bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu konuda yapılan birçok çalışmada gösterildiği gibi vardiyalı çalışma sistemi, sirkadyen ritmin bozulması, performans bozukluğu, uykusuzluk, sağlığın bozulması, fiziksel ve psikolojik sıkıntılar gibi problemleri de beraberinde getirir.

Vardiyalı çalışma sistemi kişinin uyku kalitesinin de bozulmasına yol açar. Gün içinde yeterli uykuyu alamamanın sonucu olarak bedensel ve ruhsal sağlıkta etkilenmeler başlar. Bazı araştırmacılar uzun yıllar vardiyalı çalışmanın ve günde sekiz saatten az uyumanın özellikle duygusal alanlarda olumsuz etkilere neden olabileceğini vurgulamıştır.

Özellikle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğu vardiyalı sistemle çalışmakta olup, bu çalışma sisteminin getirdiği sorunlarla baş etmek zorunda kalırlar. Vardiyalı çalışma sistemi, hemşireleri stres altına alarak, sağlık, esenlik ve yaşam biçimlerinin bozulmasına neden olabilir.

İş kazası kavramının pek çok tanımı olmakla beraber, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün yaptığı tanıma göre iş kazası; belirli bir zarara ya da yaralanmaya neden olan, beklenmeyen ve önceden planlanmamış bir olaydır.

Ülkemizde hastanelerin “Çok Tehlikeli İşler” sınıfına dahil edilmesi, 2009 yılında çıkarılan “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği” ile gerçekleşmiştir.¹¹ Sağlık kuruluşları 30 Haziran 2012 tarih ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği isimli kanun ile kamu-özel ayrımı yapılmaksızın kapsama alınmış, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırma zorunluluğu hastanelere de getirilmiştir.

Kimyasal etkenler; yoğun bakım hemşirelerinin bakım verme süreci ve dezenfeksiyon sırasında kullandıkları kimyasallar nedeniyle; solunum sistemi, gastrointestinal sistem, sinir sistemi ve deri ile ilgili sağlık sorunları yaşadığı bilinmektedir. Kimyasal riskler; lateks eldiven kullanma, el yıkama sırasında kullanılan antiseptik/dezenfektanlar, solventler, ileri düzey antineoplastik ve antibiyotikler, anestezi gazlar, formaldehit ve glutraldehit buharları, sterilizasyon gazları ve diğer gazlar olarak tanımlanmaktadır.

Tedavi için her gün antibiyotik yapılması,lateks eldiven kullanılması , deri temizliği için benzen, dezenfeksiyon için glutraldehit ve sodyum hipoklorit kullanılması, deri asepsisi için iodine kullanılması , yatak başında çekilen röntgenler nedeni ile radyoaktif ışınlara maruz

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

kalınması, hemşirelerin alanda sık temasta bulunduğu anestezi gazları, düşük, erken doğum ve karaciğer hastalıklarına, antiseptikler ise akut dermatite neden olmaktadır. Etilen oksit gazına maruziyet ile solunum ve göz irritasyonu, kusma ve diyare, uzun süreli maruziyette ise anemi, sekonder solunum sistemi enfeksiyonları, deri hassasiyeti gibi sağlık sorunları oluşabilmektedir.

PSİKOLOJİK ETKENLER;

Ekip iletişiminin özellikleri, kritik karar alma gerekliliği ve bağımsız uygulamalarda bulunma ile ilgili risklerden dolayı yoğun bakım hemşirelerinde psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda; yoğun bakım ünitelerinde uygun olmayan ekip iletişimi, bağımsız karar alma ve uygulamalar nedeniyle iş stresinin daha yüksek olduğu, unutkanlık, kararsızlık, olumsuz kişilerarası ilişkiler görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

ERGONOMİK ETKENLER;

Yoğun bakım ünitesinde yatağa bağımlı hastaların iki saat ara ile pozisyone edilmesi, yatak sedye transferinin yapılması gibi mobilizasyon uygulamaları, hasta bakım uygulamaları nedeni ile uzun süre ayakta durma ergonomik risk faktörleridir.

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü'nün raporuna göre, hastanın pozisyon değişimi uygulamalarında L5/S1 omurlarına yüklenen güç 3818 Newton (N) ile 6570 N arasındadır ve güvenli kabul edilen aralık 3400 N'ye kadardır.

Yoğun bakım ünitelerinin fiziksel donanımı ergonomik açıdan değerlendirildiğinde; hasta başına düşen lavabo sayısının, hasta yataklarının özelliklerinin, çalışma ortamının fiziksel genişliğinin ve yardımcı araç kullanımının uygunsuz olduğu belirtilmiştir.

Uygun bir yoğun bakım ünitesinde hastalara bakım verilen yataklar arasındaki mesafenin 57,7- 300 cm arasında ve tek yataklı oda şeklinde düzenlenmesi; her hasta ünitesinin en az 26 m² büyüklüğünde olması beklenmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde yeterli oturma alanını sağlayacak mobilyaların olması, her hasta yatağı için birer lavabonun bulunması, bakımı sürdürmede gerekli olan yardımcı araç-gereçlerin eksiksiz olması, yeterli aydınlatmanın sağlanması, gürültünün en aza indirilmesi, uygun havalandırmanın sağlanması, ortam ısı ve nem oranının kontrol edilmesi, zemin ve duvar renklerinin açık renklerden tercih edilmesi gereklidir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Ergonomik anlamda riskleri en aza indirmek için hasta kaldırma ve taşıma uygulamalarında kullanılmak üzere kaldıraçların bulundurulması gerekmektedir.

Çevresel Etkenler;

Yoğun bakım ünitelerinde işlev görmeyen malzemelerin bulunması, hemşire ofislerinin fizik donanımının yetersiz olması, malzeme yetersizliği, yetersiz havalandırma ve aydınlatma gibi çevresel risk etkenleri nedeniyle ilgili birimlerde çalışan hemşirelerin kazalar ile karşılaşma tehlikesi bulunmaktadır.

Hasta yakınlarının fiziksel saldırısı, kaygan zemin, kesici-batıcı aletler, yanıklar, elektrik çarpmaları gibi etkenler de hemşirelerin çalışma güvenliğini etkilemektedir.

Sosyal Etkenler ; annelik, ev kadınlığı rolleri, kurum içi sosyal olanakların yetersizliği ve aylık gelirin yetersiz olması gibi faktörler belirtilmektedir. Bu etkenler hemşirelerde tükenmişlik, rol karmaşası, mesleği terk etme gibi sorunlar yaratabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Deniz Ezgi Bitek, Asiye Durmaz Akyol; Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2017;21(1).
2. Didem Ata Yüzügüllü, Necdet Aytaç, Muhsin Akbaba, Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Yaşam Kalitesi, İş Kazaları ve Vardiyalı Çalışmanın Etkileri, Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(1):99-107.
3. Erdal Akalın, Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği; Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):141-146.
4. Cansu Solgun, Bedia Tarsuslu, Gümrah Duygu Atmaca, Gülgün Durat, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeyleri İle Benlik Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi, Ağustos, 2018.
5. Cerit ve ark. Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, Anadolu Kliniği Dergisi Mayıs 2016; Cilt 21, Sayı 2.
6. Nebahat Yıldız, Nevin Kanan, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2005;9(1-2):8-13.
7. Derya Çınar, Ayfer Karadakovan. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği; Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2016;20(2):116-22.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : A

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 13:30 – 14:30

PANEL: YAŞAM SONU BAKIM

Onurlu, Saygın Ölüm

Hem. Berrin Tunalı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD

Ölüm, insanların başına gelen en belirleyici, en kaçınılmaz gerçek; en çok korktuğu, çoğunlukla düşünmek, konuşmak, yakın olmak dahi istemediği yegâne olgudur. Ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi ya da dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak durması olarak tanımlanmıştır. Ölüm evrensel bir olgu olmakla birlikte, terminal hastalıklar, afetler, yaşlılık gibi durumlarda daha merkezi bir konumda yer almaktadır. Onurlu ölüm; iyi ölüm ve saygın ölüm kavramlarıyla karşımıza çıkmaktadır. Onurlu ölüm;

- Ölümü hissetmeksizin, fiziksel acı çekmeksizin ölmek
- Başkalarına ihtiyaç duymaksızın, üretken bir hayat sürmek ve itibarını koruyarak ölmek
- Hayatın bütün sıkıntılarını kahramanca göğüs germek, acıyı tevekkülle karşılayabilmek gibi pek çok şekilde tanımlanmıştır.

Son dönem bakım alan hastalarda onurlu, saygın ve iyi bir ölümü sağlamada; hasta ve aile isteklerinin dikkate alınması, klinik, kültürel ve etik standartlara uygun, saygılı ve becerikli bakımın sunulması, gereksiz stresin yaşanmaması, kişinin kendini değerli hissetmesi, spiritüel/manevi iyilik halinin sağlanması, sevilen insanlarla birlikte olunması, onlara ‘hoşçakal’ deme fırsatı sunulması, bağımsız olunan, ağrı, acı ve travmatik tedavi müdahalelerine maruz kalınmayan bir yaşam sonu süreç amaçlanmaktadır. 1992 yılında, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tabip Birlikleri tedavisi mümkün olmayan hastaların, onurlu ölüm hakkına sahip olduklarını kabul etmiştir. Debate of the Age Health and Care Study Group tarafından, 1999 yılında The Future of Health and Care of Older People’da “Saygın Ölüm İlkeleri” tanımlanmıştır. Söz konusu ilkeler;

- Ölümün ne zaman geleceğini bilmek ve kendinin neyin beklediğini anlamak
- Süreç ya da gidişat üzerindeki kontrolünü sürdürebilmek
- Saygınlığını ve mahremiyetini koruyabilmek
- Ağrı ve diğer belirtileri kontrol edebilmek
- Ölümün nerede (evde ya da başka bir yerde) gerçekleşeceğini seçebilmek ya da kontrol edebilmek
- Gerekli olabilecek bilgi ve uzmanlık her ne ise onu elde edebilmek
- İstenen manevi ya da duygusal desteğe sahip olabilmek
- Sadece hastanede değil farklı ortamlarda da bakım hizmetlerine erişebilmek
- Son anında yanında olacak ve o anını paylaşacak kişileri belirleyebilme

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- Yerine getirilmesi istenen istekleri önceden bildirebilmek
- Vedalaşma için zamana sahip olabilmek ve zamanlamasını kontrol edebilmek
- Gitme zamanı geldiğinde gidebilmek ve anlamsızca uzamış bir hayatı yaşamamaktır.

Hastalar ve sağlık profesyonelleri, onurlu ölüm için ihtiyaç duyulan insan olmak, kendi olmak, varoluşsal hedeflere ulaşmak, başkalarına saygı göstermek ve saygı duymak, başkalarıyla anlamlı ilişkiler kurmak, özerklik ve bağımsızlıklarını sürdürmek, minimal semptom sıkıntısı, mahremiyet, sakın ve güvenli bir ortamda onurlu tedavi ve bakım alma gibi anlayışları savunurlar. Ancak şartlar her zaman aynı değildir. Örneğin yoğun bakım ünitelerinde onurlu bir ölümü sağlamada hekim ve hemşireler; yeterli zamanın olmaması, hemşire eksikliği, hasta ailelerin gerçekçi olmayan beklentileri, uygunsuz tedavi kararları ve iletişim zorlukları gibi ciddi engeller yaşayabilirler. Onurlu ölümü teşvik etmek için; çevresel değişiklikler yapmak (aile üyelerine yatak, yiyecek, duş olanaklarının sağlanması), hastaların ağrısını ve rahatsızlığını yönetme, yaşam boyu bakım için hastaların isteklerini bilmek ve takip etmek, tedaviyi erken bırakmayı teşvik etmek veya agresif tedaviyi hiç başlatmamak ve bir sağlık ekibi olarak etkili iletişim kurmak önemlidir. Yun ve ark. genel popülasyonda, kanser hastalarında, ailelerinde ve hekimlerde iyi ölüm bileşenlerinin önemini araştırdığı çalışmada, hekimlerin % 27,1'i iyi ölümü sağlamada ailenin mevcudiyetinin önemli olduğunu, % 27,8'i hayatın anlamlı olduğunu hissetmenin önemi üzerinde durmuşlardır.

Palyatif bakım son dönem hasta bakımının önemli bir parçası olup, yaşamın son saatleri, günleri ve haftaları içinde her bireyin ihtiyaç duyacağı insancıl ve onurlu bir sağlık hizmetidir. Hastaların, hastalığın ilerlemesi ile kısıtlanabilen fiziksel, emosyonel, manevi, mesleki ve sosyal potansiyellerin en üst düzeye çıkmasını sağlama çabaları, yani rehabilitasyon olarak özetlenebilir. Hospis bakım, palyatif bakım anlayışından farklıdır. Hospis, terminal dönemdeki hastaların bakım verildiği kurumlardır. Palyatif bakımın amacı acıyı hafifletmek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlamak iken, hospis modeli sadece ölüm sürecinin kalitesini arttırmak ve sadece ölüm sırasındaki en iyi bakımı vermeyi içermektedir. Yaşam sonu bakım yalnızca fiziksel semptomların değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritual konuların kontrolünü de içermektedir. Yaşam sonu bakımda hasta/ailesine en kaliteli hizmeti, rahatlığı ve saygınlığı sağlamak amaçlanırken, hastaya holistik yaklaşım sergilemek önemlidir.

Her hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsi, rengi, dili ve dini, tanısı, yetersizliği, ekonomik durumu ne olursa olsun nitelikli bir bakım almaya, huzurlu ve onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Bunun sağlanması aslında tüm insanlığın sorumluluğudur. Ancak biz sağlık profesyonellerine düşen görev bu noktada biraz daha fazladır. İyi ölüm her bireyin hakkıdır ve sağlık sisteminin; tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, agresif tedavi yöntemleriyle hastanın yaşam kalitesini daha da kötüleştirmek yerine, semptomların giderildiği, bireyin bağımsızlık ve otonomisinin desteklendiği bir bakım biçimi geliştirmesi gereklidir. Saygın ölüm, temel bir insan hakkıdır ve yaşamın son günlerinde olan bireyler için önemlidir. Semptomların, invaziv işlemlerin azaltılması, özgürlüğü ve otonomiye koruma, saygı görme, mahremiyeti koruma, değer verilen kişilerle anlamlı bir iletişimi sürdürme, güvenli bir ortamda huzurlu ve saygın bir bakım alma özelliklerini içinde barındırır. Dağ ve Badır'ın çalışmasında hekimlerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeyleri hemşirelerden yüksek bulunmuş; mahremiyet, ağrı ve semptom kontrolü, manevi destek, hastane dışında bakım alabilmek, son anında yanında olacak bireyleri belirlemek ile ilgili ilkelere hekim ve hemşireler yüksek oranlarda katılmışlardır. Çalışma da Hekim ve hemşirelerin meslek, yaş, mesleki deneyim ve palyatif bakım

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

konusunda eğitim alma değişkenleri saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları ile ilişkili bulunmuştur. Güleç ve arkadaşları hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını inceledikleri çalışmada, hekimlerin %70.1'inin "Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, iyi ölüm ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür." ifadesine katıldığı görülmüştür. Köse ve ark. (2018), yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirdikleri çalışma da, hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Su ve ark. Yoğun bakımda ölen 200 kişide ağrı ve onur kaybını hemşirelerin nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, Hemşirelerin hastalarının %40.9'unun ciddi ağrı çektiğini, %33.1'inin ciddi onur kaybı yaşadıklarını, Ciddi ağrı ve onur kaybının en çok solunum zorluğu, ödem ve uzuvların kontrol kaybı nedeni ile yaşandığını, Ayrıca renal replasman tedavisi, NGS kullanımının ciddi onur kaybı ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Demir ve ark. (2017), yoğun bakım ve onkoloji birimlerinde çalışan 856 hemşirenin "yararsız tıbbi bakım" ve "iyi ölüm ilkeleri" konusundaki algı ve deneyimlerini belirledikleri çalışmada hemşirelerin sadece %25'nin hastanelerde saygın ölüm ilkelerinin uygulandığını ifade ettikleri görülmüştür. Bu çalışmada yararsız bakım ve iyi bir ölüm sağlamada sağlık çalışanlarının etik bir ikilem yaşadıkları gösterilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde fayda, bilerek zarar vermeme, otonomi ve adalet gibi tıbbi etik ilkelerinin uygulanmasının zorlu olduğu vurgulanmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Bağ,B.(2012).Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. Akademik Geriatri Dergisi.
2. Dağ,A., Badır, A.(2017). Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi. DEUHFED 2017, 10 (4), 186-192
3. Duyan, V. (2014). Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Turkish journal of family medicine and primary care.
- 4.İnci,F.,Öz,F.(2012).Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. 4(2):178-187 doi:10.5455/cap.20120411
5. Kellehor, A. (2012). Ölümün toplumsal tarihi. Tuğçe Kılıç (Çev.). İstanbul: Phoenix Yayınevi, s.44
6. Su, A., Lief, L., MD, Berlin, D, et al. (2018). Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity and Dying in the Intensive Care Unit
7. Guo, Q., Jacelon, CS. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care Palliative Medicine. 28(7): 931–940.
8. Yun, YH., Kim, KN., Sim, JA. et al. (2018). Priorities of a "good death" according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. Supportive Care in Cancer. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4209-y>
9. Beckstrand, RL., Callister, LC., Kirchhoff KT., (2006). Providing a "good death": critical care nurses'suggestions for improving end-of-life care. American Journal of Critical Care, 15(1): 38-45.
10. Beckstrand, RL., Collette, J., Callister, L., et al. (2012). Oncology Nurses' Obstacles and Supportive Behaviors in End-of-Life Care: Providing Vital Family Care. Oncology Nursing Forum. 39(5): 398-407.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 13:30 – 14:30

PANEL : AĞRI - SEDASYON VE DELİRYUM MONİTÖRİZASYONU

Yoğun Bakımda Ağrı Yönetimi

Sevilay Erden

Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Ağrı yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hastaları için önde gelen bir stres kaynağı olarak kabul edilmiştir ve yetersiz ağrı yönetimi, artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (1,2). Her yıl, yaklaşık beş milyon YBÜ hastasının tahmini dörtte üçü YBÜ' de ağrı duyduğunu hatırlamaktadır. (3). YB üniteleri her ne kadar durumu kritik olan hastaların bakımı için geliştirilmiş olsa da, yapılan çalışmalar YB hastalarının yaklaşık% 50-71'inin tanınmayan veya tedavi edilmeyen ağrıya sahip olduğunu öne sürmüştür (4,5).

Ağrı, endojen katekolaminlerin salınmasına yol açarak hipermetabolik aktiviteye, taşikardiye, miyokardiyal oksijen tüketiminde artışa, miyokardiyal iskemiye, pulmoner disfonksiyona, katabolizmada artışa ve immunosupresyona sebep olabilmektedir (6,7,8). Ağrı, hemodinamisi bozulmuş ya da her an bozulabilme riski taşıyan YB hastasında stres yanıtı arttırarak tıbbi durumun kötüleşmesine yol açabileceğinden, mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Ağrı nedeniyle oluşan bu değişiklikler nedeniyle hastalarda morbidite ve mortalite riski artacağından, durumu kritik olan YB hastalarında etkin bir ağrı yönetimi sağlanmalıdır (9, 10).

Ağrı değerlendirilmesi

Ağrı yönetiminde ilk ve en önemli adım, uygun ağrı değerlendirmesidir. Amerikan Ağrı Yönetimi Hemşireliği Birliği (American Society for Pain Management Nursing) ağrının değerlendirilmesi için dört adımdan oluşan bir yaklaşımı önermektedir. (11,12).

(1) Öncelikle her zaman ağrı bildirimi hastanın kendisinden alınmalıdır.

(2) Geçerliliği olan davranışsal ağrı ölçeği kullanılmalıdır.

(3) Hastanın ağrı davranışları aileye ya da bakımını verenlere sorulmalıdır.

(4) Ağrı şüphesi olduğunda analjezik uygulanmalı ve tekrar ağrı değerlendirilmelidir.

Ağrı değerlendirmesinde hastanın kendi ifadesi esastır bu bağlamda değerlendirme, hastanın bilicinin açık olup olmaması esasına göre yapılmalıdır (13).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

İletişim Kurulabilen Bilinci Açık Hastalarda Ağrı Değerlendirmesi

- Yoğun Bakım Tıp Derneği (The Society of Critical Care Medicine) de bilinci açık ve iletişim kurulabilen hastalarda **Sayısal Derecelendirme Ölçeği (SDÖ)**'nin kullanımını önermektedir.
- Bu skalaya alternatif olarak **4 kategorili Sözel Derecelendirme Ölçeği**'nin (0: ağrı yok, 1: hafif ağrı, 2: orta dereceli ağrı, 3: şiddetli ağrı) de kullanılabileceğini belirtmektedir. (14,15).
- YB hemşireleri ve hastalar ile yapılan çalışmalar hemşirelerin Davranışsal Ağrı skorları ile hastaların Sözel Ağrı skorları arasında güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (7).
- Bu amaçla sıklıkla dahili, cerrahi, travma yoğun bakım hastalarında ağrıyı değerlendirmek için Türkçe geçerlik ve güvenilirlikleri olan Davranışsal Ağrı Ölçeği (DAÖ) kullanılmalıdır. (7)

İletişim Kurulamayan Bilinci Kapalı Hastalarda Ağrı Değerlendirmesi

Bilinci kapalı olan hastalarda ağrının davranışsal ve davranışsal-fizyolojik belirtilerinin puanlandığı ağrı tanılama ölçekleri geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden en sık kullanılanları; BPS (Behavioural Pain Scale), CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) ve NVPS (Nonverbal Pain Scale)'dir. BPS'de ve CPOT'de ağrı şiddeti, davranışsal olarak ve hastanın mekanik ventilasyona olan uyumu değerlendirilerek ölçülmektedir. NVPS ise davranışsal yanıt ile birlikte fizyolojik parametrelerin de değerlendirilmesine olanak sağladığı için, diğerlerinden daha kapsamlı bir ölçüm olanağı sunmaktadır. Nitekim, YB ağrı rehberleri, iletişim kurulamayan hastalarda ağrı ile ilişkili davranışlar olarak subjektif gözlemlerin (yüz ifadesi, vücut postürü, hareket, vb.) yanında fizyolojik göstergelerin de (nabız ve/veya kan basıncında %15'ten fazla artma ya da azalma, oksijen saturasyonunda azalma,terleme gibi) kullanılabileceğini ve bu parametrelerin değişimine göre ağrının değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir (11,16).

Hem literatür bilgileri hem de gözlemlerimiz, geliştirilen bu ölçeklere rağmen hemşirelerin YB 'da ağrı değerlendirme uygulamalarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Esen ve arkadaşları (2010), YB'da ağrının bütüncül değerlendirilmediğini (17); Kizza ve Muliira (2015) ise YB hemşirelerinin ağrı değerlendirme uygulamalarının yeterli olmadığını belirtmiştir (18). Eti Aslan ve arkadaşlarının (2003) YB hemşirelerinin %39.6'sının hastanın ağrı değerlendirmesini bilmediği, sadece %22'sinin ağrı ölçeği kullandığı saptanmıştır. Çalışmalar ağrı değerlendirmede eksiklik olduğunu gösterse de uygun ve kolay ağrı değerlendirme ölçeği kullanımı ile bu sonuçlar iyileştirilebilmektedir.

Topolovec ve arkadaşları (2010) hemşirelerin NVPS-R'yi iletişim kurulamayan ve sedatize hastalarda kolaylıkla kullandıklarını, bu hastaların ağrı değerlendirmesinde hemşirelerin kendilerine olan güvenlerinin geliştiği, ağrıyı değerlendirme sıklıklarının ve kayıtlarının arttığı saptanmıştır (20).

Literatürde erişkin sedatize ve mekanik ventilasyondaki hastalarda kullanılacak ağrı ölçeklerinin geçerlik güvenirliğinin yapılması, birbiri ile karşılaştırılarak kültürümüze en yakın ölçeğin kullanılması, sağlık ekibine kolayca ağrıyı değerlendirme olanağı sağlayacaktır. Bu amaçla, ülkemizde kullanılmak üzere NVPS-R'nin NVPS-R-TR isimli Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kaya ve Erden tarafından 2018 yılında yapılmıştır (16).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

İletişim kuralmayan sedasyondaki hastalarda DAÖ ile birlikte Richmond Ajitasyon Ölçeği ya da Ramsey Sedasyon Ölçeği kullanılmalıdır. Bu ölçeklerde hastanın uyandırılmayacak kadar sedasyonda olması ile çok hırçın olması arasındaki tepkilere göre puanlama yapılmaktadır.

Ağrı tedavisi

Ağrı tedavisi, hastanın ağrı şiddetine, ağrıyı algılama düzeyine, fiziksel değişkenlerine (yaş, kronik hastalıkları vb) ve ağrı tipine (nosiseptif, nöropatik) göre değişmektedir. Opioidlerden bazıları histamin deşarjına yol açarak hipotansiyon ve bradikardiye neden olabilir. Hemodinamik stabilitesi olan hastaların şiddetli ağrısında morfin kullanılırken, hemodinamik stabilitesi olmayan hastalarda fentanil gibi kısa etkili opioidler tercih edilmektedir. Çünkü morfin histamin salınımına neden olarak hipotansiyona yol açabilmektedir. Orta ve hafif şiddetli olan ağrıda ise tramadol gibi zayıf opioidlere ek olarak opioid olmayan analjezikler (asetaminofen aspirin, diklofenak, naproksen vb) kullanılmaktadır. Opioid olmayan analjezikler, direkt doku inflamasyonu ile torasik, abdominal veya diğer cerrahi işlemler uygulanacak hastaların ameliyat sonrası ağrı tedavisinde narkotik gereksinimini azaltmaktadır. Nöropatik ağrıyı tedavi etmek için opioidlere ek olarak gabapentin ya da karbamazepin uygulanmalıdır. Analjezikler her yoldan verilmekle birlikte YB hastalarında özellikle yavaşlamış gastrik pasaj, emilim bozuklukları, yaygın ödem ve karaciğer fonksiyon bozukluğu gibi nedenlerden dolayı oral alım yerine intravenöz kullanım tercih edilmektedir (13,14,15).

YB hastalarında farmakolojik yöntemlerle birlikte farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin kullanılması hem analjeziklerin tüketimini azaltmakta hem de etkin analjeziyi sağlamaktadır. Hasta ile etkili iletişimde bulunma, hasta eğitimi, irritasyon yaratan durumların eliminasyonu (endotrakeal tüpün traksiyonunun düzeltilmesi vb), sık pozisyon değişimi, hastanın konforu için aspirasyon, ağız bakımı, yara bakımı ve masaj YB'daki farmakolojik olmayan uygulamalar arasındadır(21).

Ağrının geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmemesi etkili olmayan analjezi uygulamalarına yol açarak olumsuz hasta sonuçlarına neden olur. Kritik hastanın bakımından sorumlu olan hemşire, ağrı yönetiminde hastanın tıbbi durumunu ve demografik bilgilerini göz önünde bulundurarak ağrıyı değerlendirmeli, analjezi uygulamalı, ağrının ve analjeziklerin komplikasyonlarını takip etmeli, hastaya uygun nonfarmakolojik yöntemleri seçip uygulamalı, ağrı yönetim sürecini değerlendirmeli ve tüm bu aşamaları kayıt altına almalıdır (7).

- 1-)Puntillo, K., Gélinas, C., & Chanques, G. (2017). Next steps in ICU pain research. Intensive Care Medicine, 49(3), 1386–1388.
- 2-) Puntillo, K. A., Max, A., Chaize, M., Chanques, G., & Azoulay, E. (2016). Patient recollection of ICU procedural pain and post ICU burden: The memory study. Critical Care Medicine, 44(11), 1988–1995
- 3-) Stites, M. (2013). Observational pain scales in critically ill adults. Critical Care Nurse., 33(3), 68–78.
- 4-) Kotfis, K., Zegan-Baranska, M., Szydłowski, Ł., Żukowski, M., & Ely, W. E. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients-Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). Anaesthesiology Intensive Therapy, 49(1), 66–72.
- 5-) Wongtangman, K., Suraseranivongse, S., & Sanansilp, V. (2017). Validation of the Thai version critical care pain observation tool and behavioral pain scale in postoperative mechanically ventilated ICU patients. Journal of Medical Association Thailand, 100(7), 9–19.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- 6-) Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesth Intensive Care*; 44:4, S458-465.
- 7-) Puntillo, K.A., Max, A., Timsit, J.F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G. et al. (2014). Determinants of Procedural Pain Intensity in the Intensive Care Unit. The Europain® Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 189(1).
- 8-) Eti Aslan F., Karadağ Arlı Ş., Yavuz M., Aytaçoğlu İ., Temiz K., Çınar E., Purisa S. (2010). Yoğun Bakımdaki Sedatize Hastaların Ağrılı Uygulamalara Tepkileri. *Anestezi Dergisi*, 18 (3): 163 – 167
- 9-) Asadi-Noghabi, A. A., Gholizadeh, M., Zolfaghari, M., Mehran, A., & Sohrabi, M. (2015). Nurses use of Critical Care Pain Observational Tool in patients with low consciousness. *Oman medical journal*, 30(4), 276.
- 10-) Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. *J Clin Exp Invest* www.clinexpinvest.org Vol, 2(4).
- 11-) Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill. *Crit Care Med*, 2002; 30:119-41.
- 12-) Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas J, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2013; 41(1): 263306.
- 13-) Erden, S. (2015). Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. *Van Tıp Dergisi*, 22(4), 332-336.
- 14-) Çelik S. Ağrı. İçinden: Eti Aslan F, Olgun N, editörler. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Birinci Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016, s. 157-67.
- 15-) Pandharipande PP, Patel MB, Barr J. Management of pain, agitation, and delirium in critically ill patients. *Pol Arch Med Wewn* 2014; 124(3): 114-23.
- 16-) Kaya, P., Erden, S. Yetişkinler için sözel olmayan ağrı ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Ağrı dergisi* (Basımda).
- 17-) Esen, H, Öztürk, Z.K., Badır, A., & Aslan-Eti, F.(2010). Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):89-93.
- 18-) Kizza, I.B., Muliira, J.K.(2015). Nurses' pain assessment practices with critically ill adult patients. *International Nursing Review*, 62: 573-82.
- 19-) Eti-Aslan, F., Badır, A. (2003). The problem of pain in intensive care units: An issue of widespread interest but inadequate questioning . *Journal of Intensive Care Nursing*, 7(2): 100–108.
- 20-) Topolovec-Vranic, J., Canzian, S., Innis, J., Pollmann-Mudryj, M.A., McFarlan, A.W., & Baker, A.J. (2010). Patient satisfaction and documentation of pain assessments and management after implementing the adult nonverbal pain scale. *Am J Crit Care*. 19(4):345-54.
- 21-) Gelinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in critical care*, 18(6), 307-318.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 13:30 – 14:30

PANEL : AĞRI - SEDASYON VE DELİRYUM MONİTÖRİZASYONU

Yoğun Bakımda Sedasyon Yönetimi

Nazlı Çelen

Ağrı Ve Anksiyete Ybü'nde Hastayı Kurtarma Çabaları Sırasında Sıklıkla Unutulup, Göz Ardı Edilmektedir. Günümüzde Tedavideki Yeni Gelişmeler, Sağ Kalım Oranının Arttırmasına Rağmen Hastalar Taburcu Olduktan Sonra Yoğun Bakım Ünitelerinde Geçirdikleri Zamanı Olumsuz Olarak Hatırlamaktadırlar.

Ybü'lerinde Tanı Ve Tedavi Amaçlı Uygulanan Mekanik Ventilasyon, İnvaziv Arter Katateri, Santral Ven Katateri, Entübasyon, Yara Bakımı, Hemofiltrasyon Gibi Uygulamalar Hasta İçin Konforsuz Ve Ağrılı Girişimlerdir. Bunun Yanı Sıra Ünitelerdeki Sürekli Monitör Sesleri, Kalabalık Çalışan Kadrosu, Ölüm De Anksiyete Ve Deliryuma Neden Olmaktadır. Özellikle Mekanik Ventilasyon İhtiyacı Olan Hastalarda Sedo-Analjezinin Sağlanması Tedavinin Vazgeçilmez Bir Komponentidir. Yeterli Sedo-Analjezi; Ağrı Ve Ajitasyonu Kontrol Altına Almakta Anksiyete Ve Deliryum Gelişimini Önlemektedir.

Yakın Zamana Kadar Yoğun Bakımlarda Geçerli Olan Sedasyon Anlayışı Bugün Artık Geçerliliğini Yitirmiştir. Derin Sedasyon Yerine, Hastanın Stresinin, Anksiyete Ve Ağrısının Kaldırıldığı, Uyandırılabilirdiği, Çevresiyle Koopere Olduğu “**Bilinçli Sedasyon**” Anlayışı Benimsenmiştir. Bu Anlayışının Ventilator Tedavisini Ve Yoğun Bakımda Kalma Süresini Kısalttığı Gösterilmiştir.

Ancak Yb Hastasında Sedasyon Ve Ağrının Değerlendirilmesi Zordur. Bu Amaçla Çeşitli Skalaların Yanında Monitörizasyon Yöntemleri De Kullanılmaktadır. Aşırı Veya Yetersiz Sedasyonun Etkilerinden Değerlendirmek İçin Sedo-Analjezi Protokollerinin Olması Son Derece Önemlidir. Belli Bir Protokole Göre Uygulanan Aralıklı Sedasyonun, Devamlı Sedasyon Uygulamasına Göre Daha Avantajlı Olduğu Son Yıllarda Yapılan Araştırmalarla Gösterilmiştir

Ybü'lerinde Sedo-Analjezi Protokolünün Uygulanması, İlaçların Yapılması Ve Etkilerinin İzlenmesi, Sedasyon Düzeyinin Değerlendirilmesi Süreçlerinde Yoğun Bakım Hemşiresine Ciddi Sorumluluklar Düşmektedir. Brook Ve Ark. Hemşire Kontrollü Sedasyon Protokolünün Mekanik Ventilasyon Süresi Üzerine Etkisini Araştırmışlar; Hemşireler Tarafından Protokole Dayalı Sedasyon Uygulanmasının, Devamlı Sedasyon Uygulanan Protokolsüz Kontrol Grubuna Göre, Mekanik Ventilasyon Ve Trakeostomi İhtiyacını Azalttığını, Yb Ve Hastane Yatış Süresini Kısalttığını Saptamışlardır.

Thorens Ve Ark. İse Koah Hastalarının Mekanik Ventilasyon Desteğinden Ayrılmalarında Hemşirelerin Etkisini İncelemişler, Yetersiz Hemşire Sayısının Sedasyon Skorlarının Kullanılmasını Azalttığını, Gereğinden Fazla Sedatif İlaç Uygulamasına Neden Olduğunu Göstermişlerdir. Başarılı Ve Uygun Sedasyon Uygulamaları İçin Ybü'ndeki Hemşire Sayısının Önemli Olduğunu Vurgulamışlardır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 13:30 – 14:30

PANEL : AĞRI - SEDASYON VE DELİRYUM MONİTÖRİZASYONU

Yoğun Bakımın Gizli Tehlikesi; Delirium

Özlem Doğu Kökcü Dr. Öğr. Üyesi

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş

Delirium, bireyin özellikle yoğun bakım gibi kapalı ortamlarda maruz kaldığı fiziksel ve fizyopatolojik birçok faktör nedeniyle akut ve kısa süreli mental durum değişikliği olup, algılama, hafıza ve düşüncede bozukluk, azalmış yada artmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık siklusunda bozukluk ile seyreden organik beyin sendromudur (Doğu ve Kaya 2017;Küçük ve Kaya 2011).

Deliriumun, hastaneye yatan tüm hastalar arasında görülme oranı %10-30 iken yoğun bakımlarda bu oranı iki ve daha fazla arttığı bilinmekte olup, ileri yaş ve mekanik ventilasyon gibi faktörlerde %50-80'e ulaştığı, 10 yoğun bakım hastasının 8'inde delirium geliştiği belirtilmektedir (Pisani ve ark.2007; Pereira et al. 2016).

Neden Yoğun Bakımlarda Delirium?

Delirium hipoaktif, hiperaktif ve mix olarak 3 klinik tablo ile görülmektedir. Yoğun bakımda stres ve ağrı delirium gelişmesinde etkili olduğu bilinmekte ancak, bu sadece katkı şeklinde olduğu unutulmamalıdır. Beyinde nöronlarda görev alan ve öğrenme, hafıza, bellek, algı, duygu durum, motor etkinlik ve REM uykusu siklusunun çalışmasında etkili olan asetilkolin, dopamin ve kolinergik denge bozukluğu, sinir hücrelerine oksijen ve glikoz ulaşımını engelleyen, hipoperfüzyon ve dehidratasyon sonucu beyin metabolizmasının bozulması, ilaç yoksunluğu nedeniyle noradrenarjik salınımında artma, nöronol çalışmayı etkileyen endotoksinler deliriumun en yaygın kabul edilen teorileridir (Zeki 2013; Doğu ve Kaya 2017).

Deliriumda ki bireyin tanınması güçtür. Komplike bir patoloji olması, ajite olarak görülen edilen hastanın yatakta kalması için tesbit edicilerin ve sakinleştiriciler uygulanması, kurumlarda hala günlük takip formlarında entegre tarama formlarının kullanılmaması, sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmemesi/tanınmaması deliriumu erken tanılamada ve farketmede

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

geçikmelere, dolayısıyla deliryumun tedavisinin ertelenmesine, durumunun kötüye gitmesine, hatta ölümüne neden olabilmektedir (Belanger ve Ducharme 2011; Pereira ve ark. 2016).

Bu nedenle deliryum tanılanmasında çalışanların farkındalıklarının artırılması, öncelikle etkilenen dikkat, bellek, yönelim, algı gibi bilişsel fonksiyonların, bunlara ek olarak davranış, duygulanım, düşünce bozuklukları, uykuda siklusunda bozulma durumunun takip edilmesi önem arz etmektedir. Tüm bunlara ek olarak tek başına deliryuma neden olmayan birden fazla invazif uygulamalar, ilaçlar kullanılması, tesbit ediciler vb. etmenlerin bir arada hastaya uygulanması da deliryumu tetikleyen faktörler olması nedeniyle girişimleri hasta ile işbirliğinde ve minimal sayıda olması sağlanmalıdır (Meagher ve ark. 2008; Doğu ve Kaya 2017).

Deliryum Tanı, Tedavi ve Önlenmesi

Son yıllarda yoğun bakımda deliryumun tanılanmasın kullanılmak üzere geliştirilen ölçekler bulunmaktadır. Ayrıca rutin bakım protokollerinde uygulanabilecek deliryum tarama testlerini de tanılamada etkili olduğu, bilişsel, duyuşsal ve düşünce yetisi durumunu değerlendirmeyi sağladığı vurgulanmaktadır. Hafıza ve bellek durumunu değerlendiren *Görsel dikkat dizileri testinde*, bireye birkaç saniye ara ile resimler gösterilir ve 2. defa gördüğü resmi hatırlaması beklenir. *Anormal saat testi* ise sağlık çalışanı tarafından bir daire çizilir ve bireyden saati ifade eden sayıları yerleştirmesi istenir. Normal bireyler 12-3-6-9 sayılarını yerleştirerek başlarken deliryum yöneliminde olan bireyler 12-1 yazarak bırakırlar. Wechsler Bellek Skalası ise kişisel ve içinde bulunulan durum bilgisi (yaş, şimdiki ve önceki devlet başkanları vb.) sorgulanır. Sözel olarak ifade edemeyen, mekanik ventilatöre bağlı yoğun bakım hastalarında cevaplar, bireylerin eli tutularak, hatırladığında elini sıkması ya da gözlerini kapatıp açması istenerek elde edilebilir (Doğu ve Kaya 2017; Meagher ve ark. 2008).

Tanılamada ayrıca kullanılması önerilen ölçeklerde mevcuttur. "Yoğun Bakım Deliryum İzlemi Kontrol Listesi, Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM-ICU) bunlardan ikisidir. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ve yoğun bakımda gelişen deliryumun kliniğine özgü sorular içeren CAM-ICU en çok kullanılan ölçektir (Pereira et al. 2016; Zeki 2013).

Deliryumun tanılanmasında teknoloji kullanan çalışmalarda mevcuttur. Punjasawadwong ve ark. (2018) çalışmalarında postoperatif dönemde gelişen ve bireyin iyileşmesinde olumsuz sonuçlar doğuran deliryumun, elektroensefalogramın (EEG) veya uyarılmış potansiyel (EP) indeksleri ile izlenmesi sonucu önlenabilir veya en aza indirebileceğiniz, ameliyattan sonraki yedi gün içinde riski azalttığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise beyin oksijen monitorizasyonu ile deliryumun erken dönemde fark edilebileceğini göstermiştir (Yu ve ark. 2018).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Deliryumun tanılanması sonrası gerekli hemşirelik girişimleri ile ilerlemesi önlenebilmektedir. Tedavide fizyolojik desteğin sağlanması, terapötik yaklaşım, anlayışlı ve sabır temelli iletişim kurulması, ailevi desteğinin ve bireyin oryantasyonunun sağlanması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi ve ilaç tedavisidir. Bununla birlikte klinik rehberler tedavide öncelikle nonfarmakolojik yaklaşımların uygulanması gerektiğini göstermektedir. Farmakolojik tedavi; nonfarmakolojik müdahalelerin başarısız olduğu ve semptomların bireyin tedavisi ve dolayısıyla iyileşmesinde sıkıntı oluşturduğu durumlarda kullanılabileceğini, ancak sınırlı ve dikkatli kullanılmasının dahi, deliryumun semptomları, hastanede yatış sürecini, yaşam kalitesini ve mortalitesini azaltmadığını da vurgulanmaktadır (Burry ve ark. 2018;Küçük ve Kaya 2011).

Son yıllarda kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda geliştirilen bundle paketlerinin kullanımının artması, deliryumu önleme, tanı ve tedavide kullanılabilecek bundle geliştirme çalışmalarına hız vermiştir. Yoğun Bakım Deliryum ve Kognitif Bozuklu Çalışma Grubu (ICU Delirium Cognitive Impairment Group) tarafından yapılan ve www.icudelirium.org web adresinde çalışmaları bir arada sağlık profesyonellerinin kullanımı sunulmaktadır. Grup çalışmalar sonucu elde edilen veriler doğrultusunda bundle paketinin kullanımı önermektedir. Yoğun bakımda bireyin günlük yatak başında değerlendirilmesine uygun olan paket "The Awakeningand Breathing Coordination, Delirium Monitoringand Management, and Early Mobility (ABCDE)" olarak adlandırılmaktadır. ABC, düzenli sedasyon, analjeziklere uyum, uyanıklık durumu, solunum değerlendirmesi yapılmasını ve aralıklı sedasyona uygulanmasını, D; deliryumun tanılanması ve önlenmesi için nonfarmakolojik girişimleri (iletişim, duyuşal motor gereksinimlerinin karşılanması, uyku düzeninin korunması vb.) ve E; erken mobilizasyon, yatak içi egzersizlerin yapılmasını içermektedir (www.icudelirium.org).

Tartışma\Sonuç

Deliryum sağlık profesyonelleri tarafından dikkatli takip ve bakım, oryantasyon ve doğru iletişim yaklaşımı ile önlenebilen bir kognitif bozukluktur. Yoğun bakımda sık karşılaşılan bir klinik olduğu için yoğun bakımın olağan süreci olarak görülmemesi gerekmektedir. Literatür ışından çalışanlara deliryumda ki hastanın bakımına yönelik eğitimler düzenlenmeli ve önerilen bundle paketinin kullanılmasının yaygınlaştırılmasının sağlanması gerekmektedir.

Kaynaklar

Belanger L., Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. Nursing in Critical Care. 2011; 16(6): 303-15.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Buray, L., Mehta, S., Perreault, M. M., Luxenberg, J. S., Siddiqi, N., Hutton, B., ... & Rose, L. (2018). Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018;6.

Doğu Ö., Kaya H. 2017. Yoğun Bakımda Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. J hum rhythm - June 2017;3(2):81-4.

Küçük, L., Kaya H. Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik Bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz? Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1):161-6.

Meagher, D., MacLullich, A., Laurilla, J. Defining Delirium for The International Classification of Diseases, 11th Revision. Journal of Psychosomatic Research, 2008; 65:207-14

Pereira JM., Barradas FJD., Sequeira RMC., Marques MCP., Batista M., Galhardas M. Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. Revista de Enfermagem Referência Journal of Nursing Referência. 2016; 4(9):29-36

Pisani, M., Murphy, T., Ness, P., Araujo, K., Inouye S. Characteristics Associated With Delirium in Older Patients in a Medical Intensive Care Unit. 2007;167:15. Erişim:12.08.2011, www.archintemed.com.

[Punjasawadwong Y., Chau-In W, Laopaiboon M, Punjasawadwong S, Pin-On P.](#) Processed electroencephalogram and evoked potential techniques for amelioration of postoperative delirium and cognitive dysfunction following non-cardiac and non-neurosurgical procedures in adults. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2018 May 15;5:CD011283. doi: 10.1002/14651858.CD011283.pub2.

Yu, Y., Zhang, K., Zhang, L., Zong, H., Meng, L., & Han, R. Cerebral near-infrared spectroscopy (NIRS) for perioperative monitoring of brain oxygenation in children and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018.

Zeki Ö. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri Ve Uygulamaları . İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 15:30 – 16:30

PANEL: KORONER YOĞUN BAKIM

Akut Koroner Sendromlar Ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları

Dr. Öğretim Üyesi Besey Ören

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

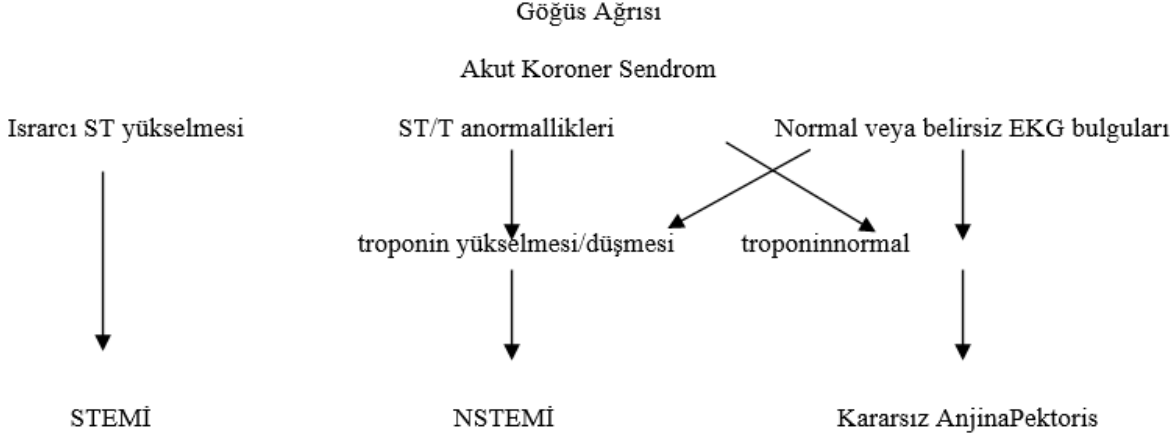
Akut koroner sendrom (AKS) terimi, koroner kan akımında ani azalmasına bağlı gelişen akut miyokard iskemisi ve/veya enfarktı ile uyumlu çeşitli durumları tanımlayan bir terim olarak geliştirilmiştir. Tüm dünyada sık rastlanan bu sendromun hızlı tanınması, tedavisi ve bakımı hastanın prognozu açısından oldukça önemlidir. Hastayı kısa sürede stabil hale getirmek ve normal yaşamına dönmesini sağlamak için birçok kılavuz ve öneri mevcuttur. Bu kılavuz ve öneriler doğrultusunda; Akut koroner sendromun, bakım yönetiminin iyi planlanması ve gerçekleştirilmesi sonuçları iyileştirecek ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

AKUT KORONER SENDROMLAR

Tanım: Akut koroner sendromlar (AKS), koroner arter kan akımının ani azalması sonucu akut miyokard iskemisine veya infarktüsüne neden olan klinik tabloların tamamı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI), ST yükselmez miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina pectorisi (UAP) kapsamaktadır. (Türk Kardiyoloji Derneği 2007).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

AKS spektrumu



Kaynak: Sevinç S. Akut Koroner Sendromda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. Special Issue June 2016; 7(sup 1):12-16.

Kanıta Dayalı Hemşirelik: Kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında hemşirelerin, klinik uzmanların hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır.

Kanıt Seviyeleri: Birçok popülasyonda yapılmış randomize klinik çalışmalar veya metaanalizler kanıt A- Seviye 1, kısıtlı popülasyonlarda yapılmış tek randomize veya randomize olmayan çalışmalar kanıt B- Seviye 2, çok düşük popülasyonların değerlendirildiği konsensüs görüşleri, vaka çalışmaları veya standart bakım uygulamaları kanıt C -Seviye 3 olarak değerlendirilmektedir.

Akut Koroner Sendromun Tedavisi İçin American Heart Assosiation (AHA) Kılavuzunda Yer Alan Bazı Kanıtlar

Akut Koroner Sendrom şüphesi olan hastalarda, hastaneye yatış kararı ve tedavi seçeneklerinin seçimine yardımcı olması için, AKS olasılığı ve meydana gelebilecek sonuçlara bağlı olarak risk derecelendirmesi yapılması, AKS şüphesi olan ve devam eden göğüs ağrısı, ciddi dispne, senkop/presenkop veya çarpıntı gibi yüksek risk özellikleri taşıyan hastalar doğrudan acil servise alınması ve transportunun ambulans ile sağlanması, AKS ile uyumlu bulguları olan tüm hastalarda, değerlerin yükselme veya düşme paternini belirlemek için, başvuru anında ve semptomların başlangıcından 3-6 saat sonrasında seri kardiyak troponin I veya T düzeylerinin görülmesi, NSTE-AKS hastalarında prognozu belirlemek için risk skorlarının kullanılması, AKS ile uyumlu semptomlar ile başvuran tüm hastalarda yükselme/düşme paternini belirlemek için, başvuruda ve semptom başlangıcından 3 ila 6 saat sonra kardiyak-spesifik troponin düzeylerinin ölçülmesi, Seri takipte troponin düzeyi normal olan hastalarda, EKG değişiklikleri ve/veya klinik prezentasyon AKS için orta veya yüksek bir şüphe oluşturuyorsa, semptom başlangıcından 6 saatten ileri için ek troponin düzeylerinin görülmesi, kalp yetmezliği bulguları, düşük output kanıtı, kardiyojenik şok için artmış risk olmayan hastalarda ilk 24 saat içerisinde oral beta bloker tedavisi başlanması ve kolesterol yönetimi için NSTE-AKS olan ve kullanımına kontrendikasyon bulunmayan tüm hastalarda yüksek yoğunluklu statin tedavisi başlanması AHA kılavuzunda yer alan ve AKS tanı ve tedavisi için önerilen A sınıfı bazı kanıtlardır (AHA Akut Koroner Sendromlar Kılavuzu 2014; Akut Koroner Sendromların

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

(AKS) Tedavi Kılavuzları ESC Kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars.2011; James 2013; Acute Coronary Sydrome Summit. 2014 NSTE-ACS Guidelines Overview; Hsieh 2015).

Akut Koroner Sendromda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları

Tablo 1. Akut Koroner Sendromda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamalarının Hemşirelik Süreci Doğrultusunda Değerlendirilmesi

PROBLEM	AMAÇ	GİRİŞİM	KANIT
Aktivite intoleransı	Koroner yoğun bakım ünitesinden çıkmadan önceki 12-24 saat içinde, aktivite durumunu arttırabilmek için kardiyak tolerans belirteçlerinin gösterilmesidir. istirahat halindeki solunumun dakikada 24'ün altında, EKG'de normal sinüs ritmi, istirahat kalp hızının dakikada 120 atımın altında olması, kan basıncının normal sınırlarda olması ve göğüs ağrısının olmamasıdır.	AKS'li hastalara günlük yaşam aktivitelerinde destek olunması, komplikasyonu olmayan hastaların önce yatak içinde olmak üzere erken dönemde mobilize edilmesi	Eerken rehabilitasyon ve yeterli izlem sağlanabilirse, düşük riskli, seçilmiş hastaların erken dönemde (yaklaşık 72 saat sonra) hastaneden taburcu olmaları mümkündür(Kanıt düzeyi B)
Kardiyak out-putta azalma ya da azalma riski	Trombolitik tedavi ya da perkütan girişim (PG) sonrası 12 saat içinde, hastanın kardiyak out-putunun yeterli olmasıdır.	AKS'lu hastada 24 saat EKG monitör izlemi yapılmalı, sinüs ritmi korunmalı, sinüs ritmi dışında bir ritimde ritim	ESC kılavuzu 2013'egöre; ritim kontrolü, düzeltilmiş bir tetikleyici veya durumla (örn. iskemi) ilişkili atriyal fibrilasyonu (AF)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

		12 derivasyonlu EKG ile tanımlanmalı ve hekim ile işbirliği yapılmalıdır.	olan hastalarda düşünülmelidir Kanıt düzeyi C).
Kanamaya bağlı korumada değişiklik	Hastanın kan basıncının normal sınırlarda, kalp hızının 100 vurunun altında olması, sekresyon ve hastanın çıktılarında kan olmaması, derinin normal renginde, bilincin normal seviyede olması, sırt ve karın ağrısının olmaması, hematom, baş ağrısı, baş dönmesi ve bulantı gibi kanama komplikasyonu belirtilerinin olmamasıdır	Kanıtlara dayanarak, geçerliği ve güvenirliliği test edilmiş formlar ve ölçekler kullanılarak kanama açısından risk altındaki hastalar belirlenmeli, hastalar invaziv işlemler ve travmalardan olabildiğince korunmalıdır	Antitrobolitik tedavisinden sonra kanama riski artar ve bu kanamalar hastanede kalma süresini ve tekrar yıtış oranlarını arttırır ve kötü klinik sonuçlar ile ilişkilidir (Kanıt seviyesi B ve C).
Korku/anksiyete	Fiziksel ve emosyonel rahatlama sağlamaktır.	Bahsedilen kanıtlar doğrultusunda; anksiyeteyi azaltmak dolayısıyla uyku kalitesini arttırmak için hastalarla daha fazla iletişim kurulmalı ve	ESC 2012 kılavuzunda; A düzeyi kanıtlar, yaşam tarzı değişikliklerini kolaylaştırmak için kabul görmüş bilişsel davranış stratejileri (örn. motivasyonel görüşme)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

		eğitim verilmelidir.	önerilmektedir. Gerektiğinde ve mümkün olduğunda, özelleşmiş sağlık profesyonelleri (hemşireler, diyetisyenler, psikologlar, vb) tedaviye katılmalıdır.
--	--	-------------------------	---

Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2007; Travale 2007; Guo P 2012; Lopes 2015; Peixoto 2015; Wlodarczyk 2016; Sevinç 2016.

Sonuç Olarak;

*Akut Koroner Sendrom'da bakım kanıtlara dayandırılarak planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmeli,

*Taburculuk sırasında eğitim verilmesi yeterli değil daha sonrası için de planlama yapılmalı,

*Multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla izlemlerin sürdürülmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması gerekir,

*Düzenli-doğru ilaç kullanımının sürdürülmesi,

*Önerilen hastane kontrollerine uyumun sağlanması,

*Cinsel danışmanlık verilmesi,

*Depresyon düzeylerinin değerlendirilerek yapılacak destek tedaviler ile azaltılması,

*Akut koroner sendromların bakımına katkı sağlayacak daha fazla kanıta ihtiyaç olduğundan akademisyen ve klinisyen hemşirelerin ortak yapacakları çalışmaların arttırılması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2012; 49(2):129-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008>.

2. Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H. et al. Israrcı ST-segment yükselmesi belirtileri göstermeyen hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) Tedavi Kılavuzları ESC kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2011; sup.3: 73-128.

3. Hsieh MJ, Wang CC, Chen CC, Wang CL, Wu LS, Hsieh IC. HAS-BLED score predicts risk of in-hospital major bleeding in patients with acute non-ST segment elevation myocardial infarction. Thromb Res. 2015; 136(4):775-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2015.08.015>.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

4. James SK, Atar D, Badano L P, Blömsstrom-Lundqvist C, Borger MA, Mario CD. et al. ST-segment yükselmeli akut miyokart enfarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2013; sup.3: 1-51.
5. Lopes CT, Dos Santos TR, Brunori EH, Moorhead SA, Lopes J de L, Barros AL. Excessive bleeding predictors after cardiac surgery in adults: integrative review. J Clin Nurs. 2015; 24 (21-22):3046-62. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12936>.
6. Peixoto TC, Begot I, Bolzan DW, Machado L, Reis MS, Papa V. et al. Early exercise-based rehabilitation improves health-related quality of life and functional capacity after acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. Can J Cardiol. 2015;31(3):308-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2014.11.014>.
7. Sevinç S. Akut Koroner Sendromda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing . Special Issue June 2016; 7(sup 1):12-16
8. Travale I. Review: shortduration of bed rest was as safe as long duration after acute uncomplicated myocardial infarction Evid Based Nurs.2007;10(4):116. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/ebn.10.4.116>.
9. Wlodarczyk J, Ajani AE, Kemp D, Andrianopoulos N, Brennan AL, Duffy SJ. et al. Incidence, Predictors and Outcomes of Major Bleeding in Patients Following Percutaneous Coronary Interventions in Australia. Heart Lung Circ. 2016;25(2):107-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2015.06.826>.
10. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2. basım 2007. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_kalp_yetersizligi_akut_koroner_sendromlarda_hipertansiyon_hemsirelik_bakim_kilavuzu.pdf (Erişim tarihi 19.09 2018).

SALON : B

TARİH: 12 EKİM

SAAT: 15:30 – 16:30

PANEL : KORONER YOĞUN BAKIM

Konu: Ciddi Aritmiler Ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları

Bilgen Uçak

Okan Üniversitesi Hastanesi

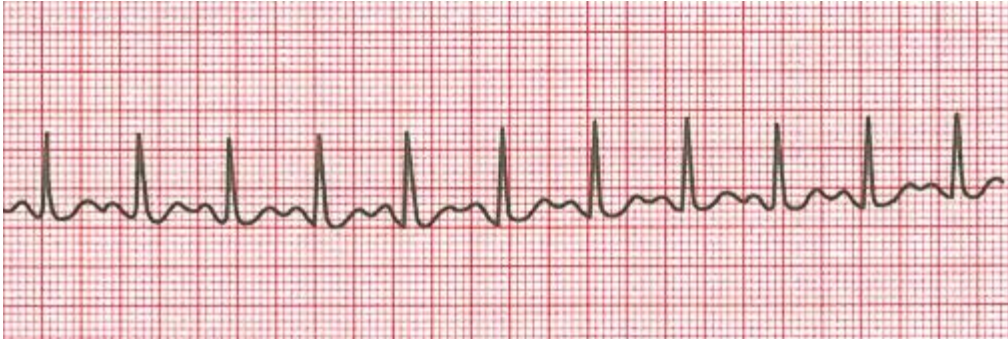
Aritmiler, özellikle ameliyat sonrası dönemde yoğun bakım ve servis sürecinde karşılaşılan önemli problemdir. Genel anestezi uygulanan hastaların yaklaşık %70'inde aritmi görülebilmektedir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde aritmilerin niteliği ve sıklığı genel toplumdakinden farklı

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

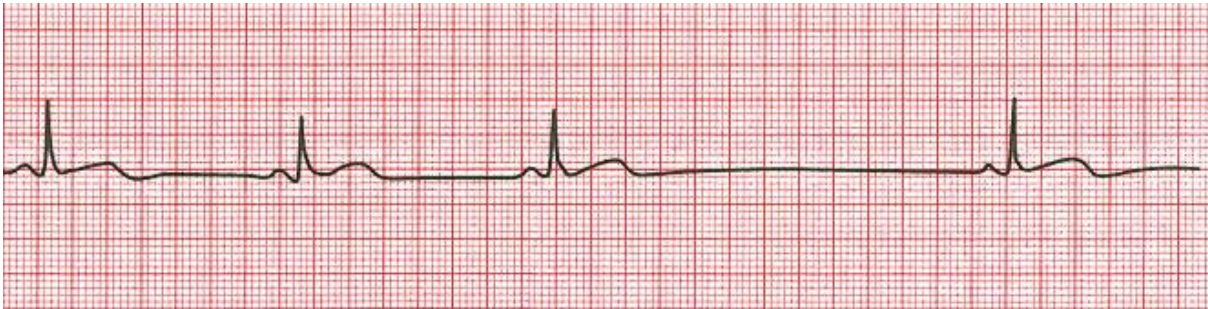
olabilmektedir.Çoğu önlenabilir olan aritmiler, genelde tetikleyici bir nedenle ortaya çıkmaktadır. Bazı tipdeki aritmiler hastane kalış süresini uzatabilmekte veya mortaliteye yol açabilmektedir. Bu sunumda aritmi çeşitlerini kısaca özetleyip, kanıta dayalı tedavi ve bakım planlarını irdelemek istiyoruz.

Asit-baz ve elektrolit düzensizlikleri, hipertermi-hipotermi, endokrin bozukluklar, infeksiyon, sepsis, konjestif kalp yetmezliği, miyokard iskemisi, hipoksi ve bazı ilaç etkileşimleri gibi birçok faktör aritmi oluşumuna neden olabilmektedir.Bu aritmiler yeni gelişen aritmiler olabileceği gibi, daha önceden varolan aritmilerde olabilir.

Sinüs taşikardisi ateş, anemi, hipertiroidi, kan kaybı ve hipovolemi gibi nedenlerle ortaya çıkabilir, hemodinamik bozukluk yaratmadıkça tedavi gerekmez. Nabız düzenli, QRS dar ve 100 atım/dak'nın üzerindedir.

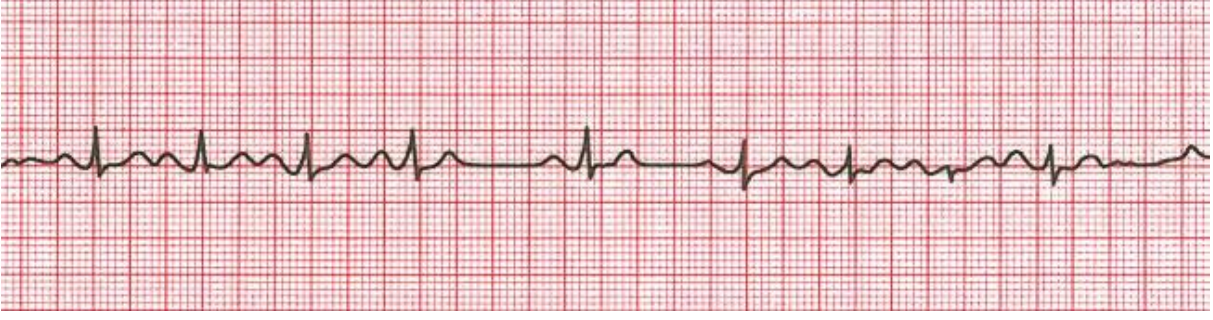


Sinüs bradikardisi genelde yaşlı sağlıklı bireylerde ve genç sporcularda görülebilir, kalp hızının 60 atım/dak'nın altında olduğu, her P dalgasını QRS'nin takip ettiği sinüs ritimidir. Artmış vagal tonus, hipotermi, yüksek intrakranial basınç, kalsiyum-kanal blokerleri ve β -bloker gibi ajanlar bu ritime neden olabilir. Semptomatik hastalarda intravenöz atropin, yanıt alınamazsa adrenalın infüzyonu veya bazen kalp pili gerekebilir.



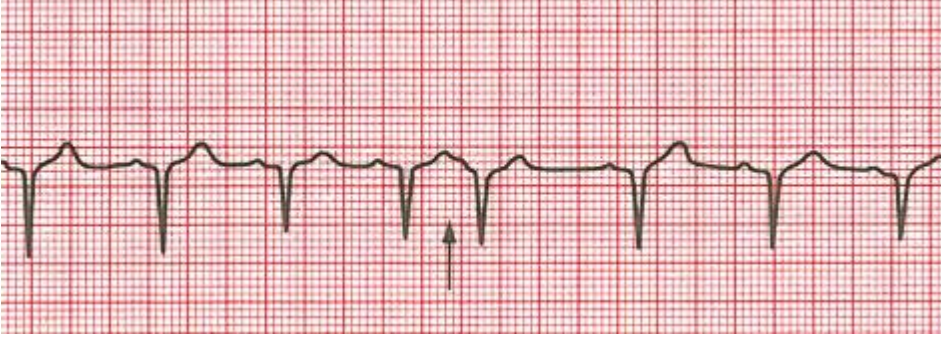
Sinüzal aritmi Sinüzal aritmi klinik olarak önem taşımaz fakat diğer tip aritmilerden ayırımının yapılması gerekmektedir. Vagal uyarılar, sinüs düğümünün düzenli uyarı çıkarmasına engel olabilir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris



Supraventriküler Aritmiler

1) Atrial ekstrasistol atriyal ektopik vuru genelde diğer atriyal kaynaklı aritmilerin habercisi olabilir fakat tedavi gerektirmez.

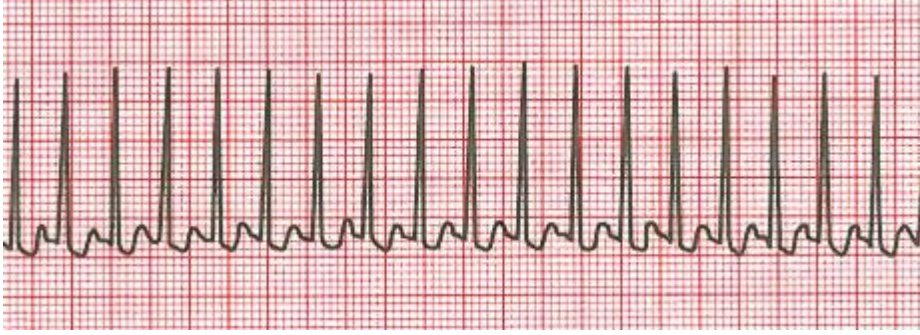


2) Nodal (kavşak) ritim sıklıkla sino-atriyal nodun aktivitesinin geçici bir süre baskılanmasından kaynaklanan bir durumdur. Bu durumda kavşak dokusu, kalbin pacemaker'ı gibi davranır. Kalp hızı genellikle 50-60 atım/dak aralığındadır. Digoksin kullanımı bu ritimi tetikleyebilir. Eğer kalp hızı hemodinamik instabilite yaratıyorsa, atropin ile tedavi edilebilir.



2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

3) **Paroksizmal supraventriküler taşikardiler (SVT)** EKG’de QRST dalgalarının normal veya normale yakın konfigürasyonda hızlı (140-220 atım/dak) ve düzenli olduğu bir tür taşikardidir



Paroksizmal SVT’de ataklar; birkaç dakika veya saatte sonlanabildiği gibi, nadiren günlerce sürebilir. Sağlıklı kişilerde, hemodinamik sorun yaratmadan sonlanabilir. Ancak, kardiyak rahatsızlığı olan hastalarda, kalp yetersizliği, solunum problemleri ve hipotansiyon görülebilir. Atak sırasında hastaya karotis masajı uygulanabilir, sıklıkla atağı sonlandırır, başarısız olursa ilaç tedavisi başlanmalıdır.

4) **Atrial Flutter** atriyal atım hızı 250-350 atım/dak arasındadır, testere dişi görünümünde flutter dalgalarının görülmesi ile tanı konur



Genellikle miyokardit, hipertiroidi, romatizmal veya iskemik kalp hastalığı gibi, altta yatan organik bir kalp hastalığına eşlik eder. Atrial fibrilasyona dönebilen bu aritmi formu, tedavi edilmezse kalp yetmezliğini tetikleyebilir.

Amiodaron ventriküler hızı yavaşlatır ve tekrarının önlenmesinde önerilse de nadiren sinüs ritimine çevirir. Hemodinamik instabilitesi olan hastalarda elektriksel kardiyoversiyon etkili bir uygulamadır. Atrial flutterdeki hastalarda, atriyal fibrilasyondan daha az olmakla beraber, artmış inme ve diğer tromboembolik komplikasyon riski vardır. Yeni başlamış ve 24 saat içinde tanı konmuş atriyal flutterde, kardiyoversiyon için antikoagülan tedaviye gerek yoktur. Flutter, koroner baypas cerrahisi sonrası en sık gözlenen aritmidir.

5) **Atrial Fibrilasyon** EKG’de P dalgası yoktur ancak atriyum aktivitesine bağlı QRS’ler arası baselinesindeki dalgalanmalar kolaylıkla görülebilir, tedavi edilmeyen hastalarda sıklıkla kalp hızı 100-160 atım/dak aralığındadır (1)



2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

AF nedenleri kardiyak (miyokard infarktüsü, kardiyomiyopati, hipertansiyon, kapak hastalığı ve kalp yetmezliği) ve non-kardiyak (diyabet, obesite, hipertiroidi, akciğer enfeksiyonu ve KOAH) olabilir. Tedavide öncelikle ventrikül hızının kontrolü ve sol atriyumda oluşabilecek pıhtıya bağlı embolinin önlenmesi gerekir. Eğer uygunsa sinüs ritiminin tekrar sağlanması ve korunması gerekir. Kalp hızını yavaşlatmak için β -bloker veya verapamil uygulanması uygun olacaktır. Bu ilaçlar uygulanamıyorsa, IV digoksin uygulaması yaklaşık 2-3 saat içerisinde kalp hızını istenen düzeye getirebilir.

Sinüs ritiminin tekrar sağlanması ve sinüs ritiminin korunması amacıyla, hemodinamik olarak stabil olan hastalarda, amiodaron faydalıdır.

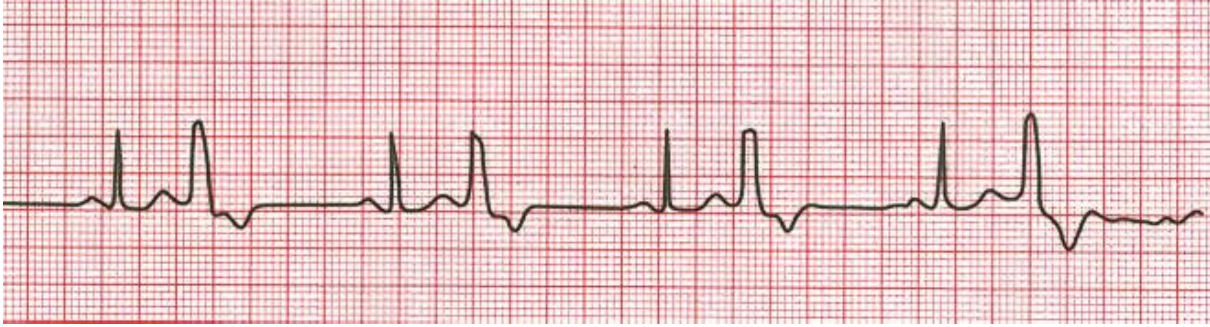
Farmakolojik tedavinin faydasız olduğu durumlarda kardiyoversiyon sinüs ritimini sağlamada oldukça etkilidir. Ancak atriyal fibrilasyonun yeni başladığı yani 24 saatten uzun zaman geçmediğinden emin olunamıyorsa, önceden antikoagülasyon sağlanmadan kardiyoversiyon yapılmamalıdır.

Ventriküler Aritmler

Yüksek riskli hastaların yarısına yakınında, peroperatif prematür ventriküler ekstrasistol (VES) ve kısa süreli ventriküler taşikardi (VT) görülebilmektedir. Düzelmeyen ve/veya hemodinamik stabiliteyi bozan VT'ler, hızlıca tedavi edilmelidir. Amiodaron, hemodinamik olarak stabil olan hastalarda ilk seçenek olmalıdır. Aynı zamanda hemodinamik olarak stabil olmayan ve kardiyoversiyona yanıt alınamayan VT'de de tercih edilmektedir. β -blokerler, özellikle iskemiye bağlı (şüphelenilen veya dışlanamayan) tekrarlayan VT'de önerilmektedir (2).

1) Ventriküler ektopik atımlar (ekstrasistoller)

Ventriküldeki herhangi bir odaktan kaynaklanabilir. Ventriküler ektopik atımlar normal bireylerde sık değildir. Görülmesi sıklıkla kalpteki bir organik patolojiye, özellikle miyokard iskemisine işaret eder. Ventriküler ektopik atımlar iskemik kalp hastalıklarında kötü prognoz göstergesidir.



EKG'de geniş-anormal QRS dalgaları ve bunu takip eden ana QRS komponentinin aksi yönünde T dalgaları gözlenir.

2) Ventrikül taşikardisi

EKG'de hızlı, dal bloğuna benzeyen, düzenli QRS kompleksleri görünür. P dalgaları görülmez fakat genellikle atriyumlar ventriküllerden bağımsız olarak çalışmaya devam ederler.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

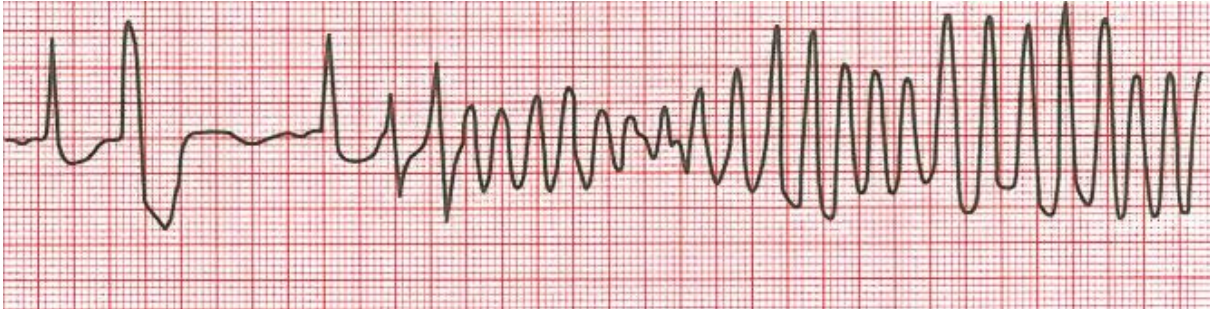


Ventrikül taşikardisi oldukça ciddi bir aritmidir, normal bireylerde de görülebilmesine rağmen çoğu ciddi bir kalp hastalığının komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Ataklar dakikalarca süren ve tekrarlayan ataklar halinde görülme eğilimindedir.

Tedavi edilmezse bazen saatler sürebilir. Hemodinamik olarak stabil olan hastalarda ilaç tedavisi fakat hemodinamik instabilite (kollaps, hipotansiyon, sol ventrikül yetmezliği veya anjina) varsa kardiyoversiyon hızlıca uygulanmalıdır (3).

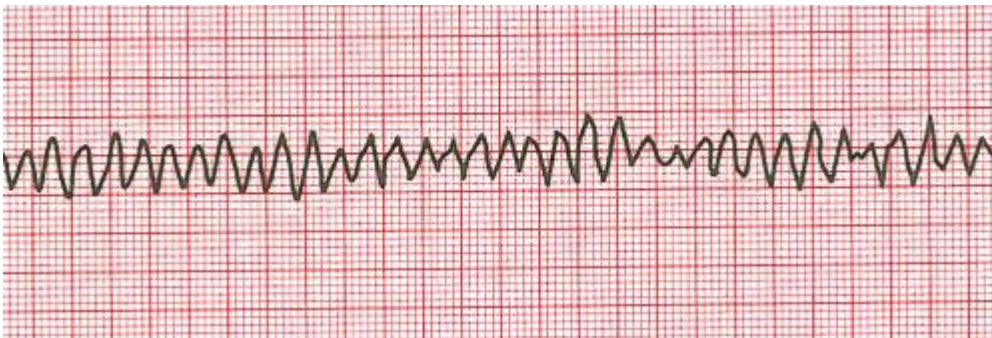
3) Torsades de pointes

Polimorfik tipte ve QRS'nin sürekli değiştiği, dans eden ritim olarak da adlandırılan, ventrikül taşikardisinin bir formudur. Karakteristik olarak EKG'de, birkaç saniye süren tekrarlayıcı patlamalar şeklinde görülür ve ventrikül fibrilasyonuna ilerleyebilir. Sıklıkla hipomagnezemi-hipokalemi varlığında trisiklik antidepresan veya sınıf-I antiaritmiklerin kullanımı sırasında ortaya çıkar. Tedavide magnezyum faydalıdır.



4) Ventrikül fibrilasyonu

Ventrikül fibrilasyonu ani ölümlerin yaygın bir nedenidir. Primer aritmi olarak ortaya çıkabileceği gibi, miyokard infarktüsünün komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilir. 300-500 atım/dk hızında ventriküllerde elektriksel olarak kaotik bir düzensizlik mevcuttur. Ventrikül kontraksiyonu koordine değildir, ventrikül atımı gerçekleşemez ve kalp debisi sıfıra düşer.



2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Miyokard enfarktüsünün yanında elektrik çarpması, boğulma, digoksin entoksikasyonu, adrenalin ve izoprenalin tedavisi sırasında da oluşabilir.

Sinüs ritmi hemen her zaman sadece elektriksel uyarı ile (defibrilasyon) sağlanır ve mümkün olduğunca erken uygulanmalıdır. Eğer defibrilatör hazır değilse, kardiyopulmoner resüsitasyona vakit kaybetmeden başlanmalıdır.

AF'un görülme sıklığı yaşla birlikte artar, en önemli sonucu iskemik inmedir.[6,7] Artmış ölüm hızı, inme ve diğer tromboembolik olaylara neden olması, kalp yetersizliği ve hastane yatışı ile ilişkili egzersiz toleransını ve yaşam kalitesini azaltması ile AF ön plana çıkmaktadır.[8] Atriyal fibrilasyon erken ve kolay teşhis edilebildiği için inme ve sistemik tromboemboli gibi komplikasyonları önlenebilecek bir ritim bozukluğudur. Hastalarla en çok temas eden sağlık çalışanları olarak hemşireler AF tanılmasında anahtar role sahiptir. Atriyal fibrilasyonla ilgili olarak hemşirelerin rolleri üç başlık altında toplanabilir:

- Atriyal fibrilasyonun erken teşhisi için taramaların yapılması
- Atriyal fibrilasyon saptanmış hastalarda birincil korunma
- Atriyal fibrilasyon nedeniyle inme geçiren hastalarda ikincil korunma

Hastaların AF yönetiminde daha yetkin bir duruma getirilmeleri için tanı konulduğu andan itibaren kardiyoloji hemşiresi tarafından birincil korunma programına dahil edilerek eğitilmeleri bir zorunluluk haline gelmektedir. AF hakkında ayrıntılı bilgi, ilaçların etkisi, ilaç komplikasyonları, hastalıkla ilişkili tromboemboli komplikasyonları ve acil durum belirtileri hastalara öğretilmesi gereken öncelikli eğitim konularıdır. Bu konu özellikle eğitim düzeyi düşük hastalarda çok önem taşır, oy yüzden eğitimler hastanın oluşabilecek komplikasyonların ciddiyetini mutlaka anlatabilecek şekilde olmalıdır. En ucuz ilaç olan warfarin (coumadin) tedavisi sırasında yapılan sık INR kontrollerine bireyin götürülememesi sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu bireylere evde izlem, transfer seçenekleri sunularak veya hastanelerde izlemlerini kolayca yaptırabilecekleri“izlem poliklinikleri” oluşturularak bu sorunun önüne geçilebilir.[4] Özellikle hareket kısıtlılığı olan veya hastaneye ulaşım sorunu yaşayan bireylerde warfarin kullanımı sırasında sık INR takibi yapılması sorun yaratmaktadır.[5] Evde kullanılan taşınabilir INR izlem cihazları bu hastalarda kolaylık sağlamaktadır (örn/ CoaguChek-Roche)[9].

Dar terapötik aralığı nedeniyle oral antikoagülan tedaviye bağlı trombotik ve kanama komplikasyonları hastaneye yatışların da en sık sorumlularından biridir.[10] Bu komplikasyonlar nedeniyle özellikle yaşlı bireylerde endikasyon olduğu halde kullanmama veya yetersiz dozda kullanılma da önemli bir sorundur. Bireylerin genellikle warfarin dozu, ilaç-besin etkileşimi, ilaç-ilaç etkileşimi, warfarin yan etkileri, warfarin tedavisi esnasında günlük yaşam aktivitelerinde dikkat etmesi gereken durumlar ve acil durumlar hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır[11].

AF ve tüm ciddi aritmiler için aşağıdaki algoritmanın uygulanması, bu aritmilere bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır;

1. Kardiyak aritmi belirti ve bulguları değerlendirilmeli, hekime haber verilmeli.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

2. Yeterli myokardiyal perfüzyonu ve oksijenasyonu arttırmak için kalp debisini arttırma girişimleri uygulanmalı.
3. Doku oksijenasyonunu arttırmak için solunum durumunu geliştirme girişimleri uygulanmalı.
4. Hekim istemine göre potasyum replasmanı yapılmalı.
5. Hasta yatak istirahatine alınmalı ve monitörize edilmeli.
6. Monitöre bağlı değilse nabız 1 dakika sayılarak aritmi değerlendirilmeli.
7. 12 derivasyonlu EKG çekilmeli.
8. Hekim istemine göre antiaritmikler ve oksijen inhalasyonu uygulanmalı.
9. Trombüs belirti ve bulguları değerlendirilmeli.
10. Acil durumlar için (kardiyoversiyon, defbrilasyon, geçici pace maker ve CPR) hazır olunmalı.

KAYNAKLAR

- 1) 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA) Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, Hert SD, Ford I, Gonzalez-Juanatey JR, Gorenek B, Heyndrickx GR, Hoeft A, Huber K, Iung B, Kjeldsen KP, Longrois D, Lüscher TF, Pierard L, Pocock S, Price S, Roffi M, Sirnes PA, Sousa-Uva M, Voudris V, Funck-Brentano C; Authors/Task Force Members. Eur Heart J. 2014 Sep 14;35(35):2383-431.
- 2) ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation- Executive Summary. Fuster V, Ryden LE, Cannon DS, Crijns H, Curtis B, Ellenbogen KA, Halperin JH, LeHeuzey JY, Kay GN, Lowe JE, Olsson SB, Prystowsky EN, Tamargo JL, Wann S. JACC 2006;48:854-906
- 3) Atrial Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzunun 2012 Odaklı Güncellemesi. A. John Camm, Gregory Y.H. Lip, et al. Türk Kardiyol Dern Arş 2013, Suppl. 32006;48:854-906
- 4) . Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S. et al. ESC Atrial fibrilasyon tedavi kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2010, Suppl4:1-56.
- 5) Ergene O. Akyıldız Zİ. Yaşlılarda atriyal fibrilasyon ve antikoagülasyon. Turkish Journal of Geriatrics 2010; S2:55-62.
- 6) Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: A guideline for health care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014;45:2160-236. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.000000000000024>
- 7) 7. Olesen JB, Lip GYH, Hansen ML, Hansen PR, SchurmannTolstrup J, Lindhardsen J, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: Nation wide cohort study. BMJ 2011;1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d124>

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- 8) Ergin M, Dundar ZD, Aslay S, Emet M. Updated management of atrial fibrillation. Eurasian J Emerg Med 2015;14(3):138–141. <http://dx.doi.org/10.5152/eajem.2015.13284>
- 9) Lehne RA. PharmacologyforNursingCare. 7th Edition. St. Louise: ElsevierLaunders; 2010. p.604-608
- 10) . Yaka E, Pekdemir M, Yılmaz S, Akalın E. Acil servis hastalarında oral antikoagulan tedavi bilgi düzeylerinin araştırılması. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011;11(4):155-160. <http://dx.doi.org/10.5505/1304.7361.2011.26214>
- 11) Mercan S, Enç N. Varfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2011;2(2):12-17

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 08:30 – 09:30

PANEL : YAŞLI HASTA

Yaşlı Hastalarda Geriatrik Sorunlar

Dr.Öğr.Üyesi Gülbahar KESKİN

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Amaç:

Hemşirelerin geriatrik sendromlar hakkında bilgi sahibi olmaları ile hastaların bakımı ve tedavi girişimlerine rehber olabileceğini düşündürmek.

Giriş:

Geriatri Nedir:Yaşın ilerlemesiyle birlikte beyindeki kimyasal iletkenlerin metabolizması ve üretiminde belirgin değişiklikler olur. Beyindeki bu olağan değişimler nedeniyle yaşla birlikte bellek, dikkat, hareket ve algılama gibi zihinsel işlevlerde kısmi bir kayıp gözlenir. Yaşlılık sağlığıyla ilgilenen bir bilim dalıdır. “Yaşlılık hastalık değildir”

Yaşlanma; embriyolojik dönemle başlayıp ölüme kadar devam eden genetik ve çevresel etkilerin de olduğu heterojen kompleks bir süreçtir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yavaş yavaş yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Çoğunlukla atipik belirtilerle kendini gösteren ve hastalıkların tanımlarına uymayan sebebi açıklanamayan ve çok farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilen klinik durumları ve

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

semptomları tanımlamak için geriatrik sendrom terimi kullanılmaktadır. Literatürde geriatrik sendromun ortak kabul gören ve uzlaşmış bir tanımı bulunmamaktadır. Geriatri 65 yaş ve üstü kişilerin tüm sağlık sorunları ve hastalıkları ile ilgili tetkik, tanı, tedavi, takip görevlerini üstlenen ve başarılı yaşlanma sürecini yöneten bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır.

Aktif yaşlanma Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990'lı yıllarda dünya gündeminde olan bir kavramdır. Aktif yaşlanma süreci yaşlıların günlük yaşamlarında sosyal, ekonomik, kültürel aktivitelere önermektedirler. Yaşlılık dönemi istenilen ve beklenen durumda olması toplumdaki ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal, sosyal koşullar belirlemektedir. Yaşlı bireyler herhangi bir engellilik durumları olmasa bile toplumda yürütülen birçok faaliyete katılabilirler. Yaşlıların, ailelerine, akrabalarına, topluma katkıları önemlidir (Gürsoy Çuhadar ve Lordoğlu, 2016: 63-80).

Yaşlanma her canlının yaşadığı, doğal ve kaçınılmaz bir değişim sürecidir. Yaşlılık, yaşamın her alanında yaygın bir kayıp duygusunun yaşandığı, bireylerin, bedensel, psikolojik ve sosyal yönden bağımsızlıklarını yitirip yeniden bağımlı duruma geldikleri bir dönemi ifade etmektedir. Yaşlılığın; çok boyutlu fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri de içeren bir dönem olduğu ifade edilmektedir. Yaşlanma ile çevresel faktörlerde uyumun bozulduğu yeteneklerin azalmasıyla beraber birçok hastalığın eşlik etmesiyle başlar. Yaşlının fiziksel, mental ve psikolojik sağlıkları ile fonksiyonel kapasite ve sosyal durumun değerlendirilir. Yaşlanma ile çevresel faktörler ve uyum yeteneği azaldığı için yakınlarının ve hemşirelerin dikkatli olması belirtileri iyi tanıması önemlidir. (Vural Keskinler, Tufan, Oğuz, 2013:41-45). Bunun yanı sıra yaşlılık; çok boyutlu olup fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri de içeren bir dönemdir.

Yaşlı olan ve olmayan ayrımlarında kronolojik yaş yeterli olmamaktadır. Aynı yaştaki bireyler farklı fonksiyonel kapasiteye sahip olabilir. Yaşlılar farklı fonksiyonel kapasiteye sahip oldukları gibi sağlık sistemlerinden de aynı oranlarda yararlanmamaktadırlar. Yaşlıların bir kısmı diğerlerine göre daha sık sağlık sistemini kullanabilir (Aslan, 2007:111-117). Bu nedenle biyolojik ve kronolojik yaş kavramı oluşmaktadır. Kronolojik yaş; doğumdan sonraki yıllar olarak belirtilirken biyolojik yaş vücudun gösterdiği yaş olarak kabul edilmektedir. Yaşam kalitesini, yaşamdan beklentileri ile sağlık durumunu biyolojik yaş daha iyi tanımlayabilir (Telatar ve Özcebe2004:162-165).

Yaşlanma ile beraber organ fonksiyonları azalması ile birlikte kronik hastalık sayısında artış olmaktadır. Türkiye'deki istatistiklere baktığımızda; 2017 yılında 65 ve daha yukarı yaşlı nüfus sayısı 6 milyon 891 bin 895 kişi olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfusun toplam %44'ünü erkek nüfus, %56'sını kadın nüfus oluşturduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017).

Yaşlı hastada meydana gelen sağlık problemlerinin tanımlanmasında yaşı ifade etmek için 'geriatrik' olarak uygun bir tanımlama olması ancak hastalık kavramı, yerine kullanılmamaktadır. Hastalık; etiyoloji ile patolojisi tanımlanmış ve birden fazla klinik bulguyla kendini gösteren bir patolojik bir durumdur (Yılmaz, Ozturk, Karan, 2010).

Yaşlılarda çok fazla risk faktörlerin yer almasıyla birlikte geriatrik sendromlar ortaya çıkmaktadır. Bu sendromlar, yaşlıların yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını Geriatrik hastaların fonksiyonlarını korumak ve daha iyi bir yaşam kalitesi ile beraber mümkün olan en üst düzeyde sağlıklı tutabilmek önemlidir (Şahin, Cankurtaran, 2010; 31-37).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Yaşlı hastalar genellikle altta yatan kronik sağlık sorunlarının akut ve alevlenmeler ile birlikte birçok organı ilgilendiren sorunlar nedeniyle sağlık kurumlarına yatırılırlar (Gürsoy Çuhadar ve Lordoğlu, 2016: 63-80).

Yaşlı bireylerde hastalık etkisi gençlere göre farklı olması nedeni ile fizyolojik durumu atipik hastalık şikâyetlerinin göz ardı edilmemesi gereklidir (Vural Keskinler vd., 2013:41-45).

Geriatrik Sorunları Değerlendirmeler

Hospitalizasyon ya da bakım kurumlarına ihtiyacın artması, tıbbi giderler masrafların yükselmesi, fonksiyonel rezervdeki azalma olasılığı, yaşam kalitesinde bozulmaların başlaması, kognitif kayıplar, düşmeler ve imobilite sık sık yaşanması, inkontinans görülmesi, görme kayıplarının artması, işitme duymada azalmaların olması ile duyma kayıpları, polifarmasi, günlük yaşam aktiviteleri (yemek yeme, banyo, vb.) mobilite (yürüme, denge, omuz fonksiyonları, el fonksiyonlarının azalması), beslenmede yetersizlik, depresyon durumu, zararlı madde kullanımıdır (Esen, 2006: 63-76; Güner, 2007:9).

Yaşlıların kendi kendine yaptıkları işlevlerde azalma veya yetersiz kalma durumları:

Alışveriş yapma, yemek hazırlama, bulaşık yıkama, para yönetimi, ev işi yapma, telefon kullanma, özel araba ve toplu taşıma ile bir yere gidebilme, ilaçlarını doğru kullanma, kendi kendine bağımsız olarak hareket etmesi.

Yaşlılık süreci ile artan orandaki mevcut kronik hastalıklara geriatrik sendromların da eklenmesi ile tıbbi yaklaşım ve hemşirelik bakım ihtiyaçlarının karşılanması gereklidir (Erkılıç, Aydoğdu, Aslan, Gökçe-Kutsal, 2007:9).

Yaşlılarda Fonksiyonel Durumun Belirlenmesi

Tıbbi rahatsızlıkların sayısı ya da ciddiyeti fonksiyon kayıplarının nedenleri her zaman bilinmeyebilir. Fonksiyon kayıpları varsa nedenlerinin tespit edilmesi önemlidir.

İleri yaşta olma, kognitif yeteneklerde azalma, fonksiyonel bozulma ve mobilitenin azalması olabilir. Araştırmacılar geriatri sendromlarda patogenezinin multi-organ yetmezliği, inflamasyon, sarkopeni, ateroskleroz gibi faktörleri olabileceğini belirtmektedir (Gürsoy Çuhadar ve Lordoğlu, 2016: 63-80).

Geriatrik sendromlarda, risk faktörlerinin belirlenmesi ve, önleyici, koruyucu tedbirler ile birlikte tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi önemli olabilir.

Sonuç ve Öneriler:

Günümüzdeki geriatrik sorunları tek tek ele almak yerine çok yönlü kapsamlı geriatrik yaklaşım sergilenmeli. Sağlık bakımı alan bireyi tanıma, yaşamını kolaylaştırma iyileştirme açısından önemlidir. Hemşireler, hasta bireylerin iyileşme yöntem tekniklerini kullanarak ya da hastaların kendi ailelerine öğreterek onların iyileşme süreçlerine aktif katılımını sağlar ve hastaların tedavi iyileşme süreçlerinde fark yaratabilirler. Hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurarak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulayarak hemşireler primer ve sekonder koruma imkanını sağlayabilirler.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Aktif yaşlanma ile yaşamın ileri dönemlerindeki beklenmeyen ve erken ölümler önlenmeli, Kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına bağlı engellilik durumu yaşamamaları, Bireylerin ileri yaşlarında yaşamdan zevk alabilmeleri, yaşlı bireylerin toplumun sosyal, politik, ekonomik aktivitelerine katılabilmeleri sağlanmalı,

Sağlık harcamaları daha az maliyetli olmalı ve sağlık giderleri için devlet sorumluluk üstlenmeli.

Yaşlı hastaların sorunları ve hasta haklarına dikkat ederek en uygun bakım verilmeli

Yeterli ve dengeli beslenme ile birlikte su tüketiminin yeterli olmasına özen gösterilmeli.

Fiziksel egzersiz-için ortamlar oluşturulmalı

Yeterli ve düzenli uyku sağlanmalı.

Yaşlıları ev kazalarından korumak için ev içi ortamlarının düzenlenmesi önemlidir.

Kaynaklar:

- 1- ASLAN, D.(2007). Uluslararası Sağlık Bakış Açısıyla Yaşlılık (2007). Kutsal YG (Ed) Aslan D (Ed Yrd). Temel Geriatri. Ankara, Güneş Kitabevleri Yayını.
- 2- GÜRSOY ÇUHADAR, S., LORDOĞLU, K. (2016). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma Ve Sorunlar. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. No: 54, s.63-80.
- 3- ERKILIÇ, M., AYDOĞDU, F., ASLAN, D., GÖKÇE-KUTSAL, Y. (2007). Aktif Yaşlanma. Yaşlının Evi ve Çevresi. *Türk Geriatri Derneği Yayınları*, Öncü Matbaa. s: 9
- 4- ESEN, A. (2006). İleri Geriatri Hemşireliği. İçinde: Fadilloğlu Ç (Editör): Yaşlılık ve beslenme. İzmir: Meta Basım.
- 5- GÜNER, H. (2007).Yaşlılarda Beslenme. Geriatri Kitabında (Aslan D. Ed). s: 9-113.*Türk Tabipleri Yayınları* .
- 6- ŞAHİN, S., CANKURTARAN, M. (2010). Geriatrik sendromlar. *Ege Tıp Dergisi*.49(3). s:31-7.
- 7- TELATAR, TG., ÖZCEBE, H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 7: 162-5.
- 8- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2017). [Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644>. Erişim tarihi, 11.06.2018.
- 9- VURAL KESKİNLER, M., TUFAN, F., OĞUZ, A. (2013). Geriatrik Sendromlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. (Ek sayı 2), 29 :41-48.
- 10- YILMAZ, Ş., ÖZTÜRK, G.B., KARAN, M.A. (2010). Yaşlılarda yetersiz beslenme ve diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Clin Nutr* 29(6): 745-748.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 09:30 – 10:00

KONFERANS : YB'DA KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR : BUNDLE ve KLAVUZLAR

Yoğun Bakımda Kanıt Temelli Uygulamalar, Bundle ve Kılavuzlar

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

ÖZET

Kanıta temelli uygulama bir problem çözme yöntemi olup en güncel kanıtın klinik uzmanlık ve sistematik araştırmalarla birleştirilerek kullanılmasıdır. Kanıta dayalı uygulamalar bundle adı verilen paketlere rehberlik etmektedir. Bu anlamda yoğun bakım ünitelerinde kullanılan birçok bakım paketleri bulunmaktadır. Bakım paketleri ve klinik kılavuzlar doğrultusunda hasta bireylere verilen bakımın kalitesi yükselmekte, sağ kalım oranları artmakta ve yoğun bakım ünitelerinde kalış süresi azalmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde son yıllarda dünyada yaygın olarak kullanılan bakım paketlerinden birisi de ABCDEF bakım paketidir.

KANITA DAYALI UYGULAMA

Kanıta dayalı uygulama en güncel bilginin klinik deneyimler, çeşitli sistematik araştırmalarla ve kanıtlarla birleştirilerek hasta bireyin bakımına katkı sağlayacak şekilde sunulmasıdır. Kanıtın kalitesini değerlendirebilmek için kanıt düzeylerinden yararlanılmaktadır. Joanna Briggs Enstitüsü tarafından yapılan sınıflandırmaya göre kanıt düzeyleri Tablo 1'de öneri düzeyleri de Tablo 2'de açıklanmaktadır:

Tablo 1. Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması (Joanna Briggs;2003)

KANIT DÜZEYİ	KANIT TİPİ
I	Rastlantısal Kontrollü Çalışmalarla yapılmış sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar
II	En az bir iyi tasarlanmış, Randomize Kontrollü Çalışmalardan elde edilmiş kanıt
III.I	Randomize olmayan, iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt
III.II	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış iyi tasarlanmış kohort ya da vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.III	Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları
IV	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoriterlerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 2. Joanna Briggs Enstitüsü'nün Öneri Düzeyi Sınıflandırması

Öneri Düzeyi	•Etkililik •Uygunluk •Anlamlılık
A	Uygulama için güçlü destek
B	Uygulama için orta derecede destek
C	Desteklenmiyor

BUNDLE-BAKIM PAKETİ

Kelime anlamı olarak “paket, demet, bağ” olan “Bundle”, “Care Bundle” ya da “Bundle Care” şeklinde literatürde geçmektedir. Bakım paketi, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış uygulamaların bir paket halinde birlikte uygulanmasıdır. Bu kavram hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak ve her zaman aynı şekilde uygulanması gereken işlemlere uyumu artırmak amacıyla 2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü tarafından “Bakım Paketi” şeklinde gündeme getirildi. Bakım paketleri kanıt temelli klinik kılavuzlarını uygulamanın bir yöntemi olup, mümkün olan en iyi bakımın verilmesine yardımcı olur. Sağlık Bakım İyileştirme Enstitüsü'ne göre: bakım paketi içinde 3-5 tane pratik veya önleyici uygulamayı içermeli, her bir adım/ uygulama I ve II düzeyinde kanıt olmalı, bakım paketini oluşturan unsurların tamamı istenilen sonucu elde etmelidir. Paket bileşenlerinden herhangi birinin uygulanmadığı durumda hiçbir önlem alınmamış kabul edilmesi gereklidir. Bu uygulamalar bir araya getirilerek bakım paketi oluşturulmakta ve kriterleri karşılayan her hastaya belli bir zamanda uygulanmaktadır. Bakım paketlerine uyum %95 ya da daha yüksek olmalıdır. Bu özelliğinden dolayı bakım paketi; “ya hep ya hiç” standardı olarak da bilinir ve adımları “evet” ve “hayır” şeklinde kontrol listeleri oluşturularak kullanılmaktadır.

YOĞUN BAKIMDA KULLANILAN BUNDLE-BAKIM PAKETLERİ

Yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığı yüksek olduğundan bu ünitelerde öncelikle bu enfeksiyonları önlemeye yönelik önleme paketleri hazırlanmıştır. Bu önleme paketleri şu şekilde sıralanmaktadır: Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (KDE) bakım/önleme paketi, ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP) bakım/önleme paketi, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenme paketi, santral hat bakım paketi, sepsis bakım paketi, üriner sistem enfeksiyonları bakım paketidir. Bu önlem paketlerinin dışında yoğun bakım ünitelerinde son güncellemelerle birlikte kullanılan “ABCDEF” bakım paketleri yer almaktadır. Bu bakım paketinin açılımı şunlardan oluşmaktadır:

A- Ağrıyı değerlendirmek, önlemek ve yönetmek

B- Spontan uyanıklılık ve solunum çalışmaları

C- Analjezi ve sedasyon seçimi

D- Deliryum: Değerlendirmek, önlemek ve yönetmek

E- Erken mobilizasyon

F- Ailenin katılımı'dır.

Yoğun bakım ünitelerinde pek çok bakım/önlem paketi, kanıta dayalı uygulamalar ve klinik kılavuzlar bulunmaktadır. Ancak asıl sorun hasta bakımında bu paketlerden ya da kılavuzlardan yararlanılıp yararlanılmadığıdır. Yapılan araştırmalarda yoğun bakım ünitelerinde bu paketler ya da kanıta dayalı uygulamaların kullanımı yerine klinik deneyimlerin yaygınlıkla kullanılmakta olduğu görülmektedir. Bu davranışların, kanıta dayalı uygulamalara ya da kılavuzlara inanmama, iş yükü

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi

10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

olarak görme, alışkanlıklardan vazgeçememe, vb. birçok nedeni olabilir. Bu nedenlerin ayrıntılı olarak araştırılarak özellikle yoğun bakım gibi özellikli birimlerde bu tür uygulamaların önündeki engeller kaldırılmaya çalışılmalıdır.

SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde kanıta dayalı uygulamalar, bakım/önlem paketleri ya da klinik kılavuzlar bulunmasına rağmen bu uygulamaların kullanılabilirliği tartışma konusudur. Bu tür uygulamaların önündeki engellerin kaldırılması ve bakım girişimlerine yönelik daha fazla kanıt temelli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:300

PANEL : YB HEMŞİRELİĞİNDE ÖZGEÇİLİK

Hasta Bakımının Bedeli; Şefkat Yorgunluğu

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Şefkat yorgunluğu kavramına değinmeden önce şefkat yorgunluğunu önleyen bir kavram olan şefkat memnuniyetinin tanımlanmasının yararlı olacağı düşüncesindeyim.

Şefkat memnuniyeti bir bireyin bakım verme deneyiminin sonucunda aldığı doyum olup başkasına bakım vermenin psikolojik ödülüdür. Çalışanlar hasta veya ailelerinde olumlu değişim gözlemlediklerinde emeklerinin karşılığını alma veya teşvik duyguları hissetmektedirler. Stamm’a göre “işinizi iyi yapmanızdan köken alan memnuniyettir. Şefkat memnuniyeti bakım vermenin pozitif bir yönüdür ve şefkat yorgunluğu ve tükenmişliği önler. Empirik çalışmalar şefkat memnuniyeti hisseden hemşireler işlerine pozitif anlam yüklemekte ve işinin mükafatını (ödül) aldığını düşünmektedir. Böylece emosyonel olarak geri çekilmeksizin ve duygusal karmaşa yaşamaksızın hasta ve ailesiyle empati kurabilmektedir.

Şefkat Yorgunluğu Kavramı

Ülkemizde "merhamet yorgunluğu", "eşduyum yorgunluğu" olarak ta adlandırılan şefkat yorgunluğu" bir terim olarak ilk kez Joinson tarafından (1992) bakım vermenin istenmeyen etkisi olarak tanımlanmıştır. Figley ise (1995, 2002) şefkat yorgunluğunu kavramsallaştırarak “bakım verenin hastalığı ya da tedavisi nedeniyle acı çeken ve bu durumun hassasiyetini yaşayanlara tanıklık etmekten dolayı yaşadığı duygusal travma olarak tanımlamış ve şefkat yorgunluğunu bakım vermenin kümülatif yükü, bedeli olarak kabul etmiştir. Şefkat yorgunluğu uzun süreli ve tek taraflı

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

şefkat ilişkisinin olduğu “yardım etme” sürecinden kaynaklanan duygusal, fiziksel, sosyal ve manevi tükenmedir. Bu durum özellikle ciddi travma ve ağırlı tedavileri olan bireylere uzun süreli, yoğun bakım verme sonrası görülmektedir. Sağlık literatüründe şefkat tükenmişliği hemşirelerin uzun süreli ağrı/acı çeken, ölmekte olan/ölen hastalara tanıklık etme sonucu ya kendini duygusal olarak geri çektiği, kendi duygularından koptuğu ya da öfke, çaresizlik, suçluluk, korku, duygusal olarak altüst olma gibi negatif duyguları deneyimlediği “ikincil travmatik stress” olarak ta tanımlanmaktadır. (Chen, 2018, (Beck, 2011; Robins et al., 2009).

Şefkat yorgunluğu bir karakter eksikliği olmayıp bakım vermenin dolaylı ve sessiz bir sonucudur. Şefkat yorgunluğunun temeli savaş travmalarına ya da afetlere dayanmaktadır. Sağlık bakım çalışanlarının “bakım verme” faaliyetlerinin son derece eşsiz bir eylem olmakla birlikte fiziksel ve emosyonel olarak ciddi bir “yük” olduğu da bilinmektedir.

Şefkat Yorgunluğu Sonuçları

Kritik bireylere bakım verenlerin genellikle tavizkar, uzlaşmacı olduğu, takdir edilerek mükafatlandırıldığı, kendini değerli hissettiği bilinir. Buna karşın şefkat yorgunluğu yaşandığında iş performansında ya da kişilerarası ilişkilerde azalma, aksama, ev yaşantısında bozulma ve kişilik değişiklikleri hatta genel sağlıkta bozulma ile sonuçlanabilir. Bu durum bakım verenler ve kurumlarına mali yük de getirir.

Şefkat Yorgunluğu Belirtileri

Şefkat yorgunluğunun kaygı, başkalarının duygularına karşı duyarsız olma, unutkanlık, dalgınlık, iyi bir gece uykusuna rağmen yorgunluk örüntüsü, uykusuzluk, kötü rüyalar görme, işe gitmeme, hastalık nedeniyle çalışmama, duygusal tükenme, kendine zaman ayırmama, dikkat eksikliği, fiziksel hastalık, apati, öfke, huzursuzluk depresyon, mutsuzluk, umutsuzluk, karar verme güçlüğü, özgüven kaybı, önceden keyif alınan aktivitelere ilgi duymama gibi belirtileri olabilir. Literatürde hemşirelerin şefkat yorgunluğu yaşadığı ve kalıcı kaygı, korku, üzüntü, keder, öfke ve belirsizlik gibi belirtilerin görüldüğü saptanmıştır. Şefkat yorgunluğunu belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin sinirlilik, kızgınlık ve olumsuz duygular yaşadıkları ancak bunları inkar ettikleri ve gün içerisinde gizlemeye çalıştıkları belirtilmiştir. Bu nedenle şefkat yorgunluğunun saptanmasında dikkatli olunmalıdır. Bazı durumlarda hemşirelerin kendilerini korumak amacıyla hastalarından fiziksel ve ruhsal anlamda uzaklaşması ve dolayısıyla bakımın da olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilmektedir. Travma hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %27.3'ünde şefkat yorgunluğu olduğu belirlenmiştir. Özellikle tükenmişlik sendromu ile şefkat yorgunluğu arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Şefkat Yorgunluğunu Etkileyen Etmenler

Günümüzde artık profesyonel yaşam kalitesi üzerine odaklanılmaktadır. Şefkat memnuniyeti ve yorgunluğu arasındaki denge profesyonel kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir. Çalışmalar hemşirelerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi), çalıştığı birim ve yönetim sisteminin şefkat memnuniyet ve yorgunluğunu etkileyen temel değişkenler olduğunu belirtmektedir. Profesyonel yaşam kalitesinin artmasının iş ortamını da olumlu etkileyeceği vurgulanmaktadır. Şefkat yorgunluğunun gelişimine etki eden bazı unsurlar; travmatik deneyime maruz kalma süresi ve yoğunluğu, sürece katılan profesyonellerin sosyodemografik özellikleri, kullanılan baş etme stratejileri, stres düzeyi, mesleki sosyalizasyon, mesleki roller, işbölümü, toplumsal cinsiyet olarak belirtilmiştir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Şefkat yorgunluğunu etkileyen etmenlerden birinin kişilik özellikleri olduğu belirtilmektedir. Kişilik özellikleri ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı az olmakla birlikte tükenmişlik ve iş doyumunu etkileyen faktörlerin şefkat yorgunluğunu da etkileyeceği düşünülmektedir. Kişilik özellikleri stresli durumlara dayanma, çözüm bulma ve baş etme kaynaklarını kullanmayı ve dolayısıyla iş doyumunu ve tükenmişliği etkileyebilmektedir. Duygusal olarak stabil, uzlaşmacı, dışa dönük, sorumluluk sahibi, düzenli, meraklı, hünerli olma gibi olumlu kişilik özelliklerine sahip bireylerin etkili baş etme kaynaklarını kullandığı ve daha az duygusal tükenme ve tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır.

Şefkat Yorgunluğu Ölçüm Araçları

Şefkat yorgunluğunun olumsuz sonuçlarından korunmak için farkına varılması ve değerlendirilmesi gerekir. Şefkat yorgunluğunun belirlenmesinde çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bunlar Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi, Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği (şefkat doyumunu, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu boyutları), Bakım Verici Yükü Ölçeği, Hasta Agresyonu İle Güvenli Baş Etme Ölçeği, Yaşam Olayları Listesi, Esneklik Ölçeği ve Kısa Şefkat yorgunluğu Ölçeğidir.

Şefkat Yorgunluğunun Önlenmesi

Bireyin kendini tanıması, iç gözlem yapması, yaşamda bir denge kurması, sevdiği bireylerle zaman geçirmesi, iyi beslenme, rahatlama ve yeniden enerji kazanmaya yönelik zaman harcaması, stresli durumları hafifletmek amacıyla mizahı kullanması, meditasyon, egzersiz, aile ve arkadaşlara zaman ayırma, öncelikler planının yapılması, meslek ortamı dışında ve doğada aktivitelerde bulunma, ve yardım isteme şefkat yorgunluğunun önlenmesi için gerekli aktivitelerdendir.

Sonuç

Literatürde hemşirelerin bireysel ve profesyonel yaşamları arasındaki dengeyi sağlayamadığı durumlarda kendilerini ihmal ettiği, şefkat yorgunluğu belirtilerini tanılayamadığı ve hastalarına bakım verme konusunda yetersizlik yaşayabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle şefkat yorgunluğunun farkına varılması, önleme ya da iyileştirmede uygulanabilecek bireysel, profesyonel ve örgütsel düzeyde stratejilerin geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca şefkat doyumunu şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğundan hemşirelerin şefkat doyumunun desteklenmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Chen, Y.P., Tsai, J.M., Lu, M. H., Lin, L.M., Lu, C.H., ve Wang, K.K. (2018).The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. J And Nurs, 74(5) (s.1180-1188)
2. Cole-King, A., Gilbert P. (2011). Compassionate care: the theory and the reality. Journal Of Holistic Healthcare, 8(3), (s.29-37).
3. Figley, C. (Ed.) (1995). Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized. New York, NY: Brunner/Mazel.
4. Joinson, C. (1992) Coping with compassion fatigue. Nursing, 22(4), (s.118–121)
5. Ohio Nurses Association. Independent study: 'I've fallen and I can't get up' Compassion fatigue in nurses and non-professional caregivers. Erişim Adresi: <http://marettmonson.com/images/user/ivefallenandcantgetup.pdf>
6. Stamm, B.H. (2005) The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

7. Uslu, Y., Demir Korkmaz, F. (2016). Yoğun bakımda hemşirenin hissi tarafı“şefkat” ve bakım. Yoğun Bakım Hemşirliği Dergisi, 20(2), (s.108-115)
8. Uslu,E., ve Buldukoğlu,K. (2017). Psikiyatri hemşireliğinde şefkat yorgunluğu: sistematik derleme. *Compassion Fatigue in Psychiatric Nursing: A Systematic Review*, 9(4) (s.421-430)

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : YB HEMŞİRELİĞİNDE ÖZGEÇİLİK

Yoğun Bakım Hemşirelerinde İnsan Bağımlılığı

Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yoğun Bakım Hemşireleri

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili hastaların yönetimine ve izlenmesine odaklanmış, özel olarak ileri teknolojiye sahip cihazlarla donanımlı, ayrı ve bağımsız bir bölümdür. Bu ünitelerde, hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekân düzenlenmektedir (Turan, Atabek Aştı, & Kaya, 2017). Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanımlamasını yapabilen, hastaları sürekli izleyen, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimlerini uygulayabilen, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurabilen, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyoneli (Mary Lou Sole, Deborah G. Klein, 2017).

Yoğun bakım hemşiresinin en önemli önceliği, hastalıkların kritik olması nedeniyle hasta bakım uygulamalarını yerine getirmektir. Bakımda gözden kaçırılan bir ayrıntı, istenmeyen bir duruma ve hatta ölüme bile neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler hastalarına karşı çok koruyucu davranmakta ve optimal sonuçların elde edildiğinden emin olmak istedikleri için çok yoğun ve meşgul olarak çalışmaktadır. Teknik yeterliliğe ek olarak, hasta ve aileleri ile ilişkiler kurmaları da gerekmektedir. Ayrıca karmaşık fiziksel bakımın yanı sıra hastaların psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak için zaman ayırmaları önemlidir. Hızlı tempolu ortam, hastalığın kritik doğası, hastaların yaşam ve ölümlerini kapsayan durumlar nedeniyle en çok karşılaştıkları konular arasında stres, tükenmişlik ve etik ikilem gibi konular yer almaktadır (Sole, Klein and Moseley 2017).

Bağımlılık

Bağımlılık, gereksinim duyulan kişi ya da nesnelere bağlılığın ötesinde, varoluşun devamı için mutluluk ve vazgeçilmezlik içermektedir. Genel olarak bağımlılık, kişinin ruhsal, bedensel sağlığına ya

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

da sosyal yaşamına zarar verdiğini bilmesine karşın; kişinin, maddeye, nesneye ya da varlığa duyulan önlemiz isteğini sürdürme hali olarak tanımlanmaktadır (Fatma Öz, 2010).

Bireyin psikolojik ihtiyaçlarından biri diğerleri ile ilişki kurmaktır. Bu ihtiyacın karşılanmasını en çok etkileyen öge ise kişiliktir. Bireyin diğer gelişim alanlarında olduğu gibi kişilik gelişiminde de kritik dönemler vardır. Bu kritik dönemlere özgü gereksinimler karşılanmadığında, bu gereksinimler ile ilgili olarak bazı sorunlu davranış biçimleri ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlu davranış biçimlerinden biri de bağımlı davranış biçimidir. Gelişim düzeyine göre değişim göstermesi beklenen en önemli davranışlardan biri olan bağımlılık, çevreden onay ve ilgi arama ve kendine güvenmede yetersizliği olarak ifade etmektedir (Ulusoy, 2010).

Bornstein (1993)' e göre bağımlılık, 4 temel yapı ile karakterize edilen bir kişilik stili ya da tipidir (Gardner & Helmes, 2006);

- *Motivasyonel*; diğerleri tarafından desteklenmek, onaylanmak, belirgin bir şekilde yönlendirilme ihtiyacı duyma.
- *Bilişsel*; diğerlerinin durumların sonuçlarını kontrol edebilen ve güçlü olduğuna inanmakla beraber, kendini güçsüz ve etkisiz (başarısız) olarak algılama.
- *Duygusal*; bağımsız bir şekilde bir görevi yerine getirmesi gereken kişinin çabalarının sonuçları diğerleri tarafından değerlendirildiğinde korku ve kaygı yaşama eğilimi.
- *Davranışsal*; diğerlerinden güvence, rehberlik, onay, destek ve yardım arama ve kişilerarası etkileşimlerde diğerlerine teslim olma eğilimi (Gardner & Helmes, 2006).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidinin en üst basamağında yer alan kendini gerçekleştirmenin koşullarından biri de bireyin kendi başına yetebilmesidir. Yani bağımsız olabilmeyi başarabilmesidir (Ulusoy, 2010).

İnsan bağımlılığı, aşırı pasif ya da aşırı ilgi eğilimi olabilen kişilerde, kişinin ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sağlıksız sevgi çabasıdır. Kişi sıklıkla kendi ihtiyaçlarını geri plana alarak, başkalarının ihtiyaçları ile aşırı derecede meşgul olur. Böylece iç sesini duyamaz ve kendinden uzaklaşır. İnsan bağımlıları duygusal olarak doyum sağlamadığı, güvenilmez, tutarsız veya bazı bakımlardan muhtaç kişiler ile ilişki kurar. Bu kişiler ilişkiyle ilgili her şeyi kontrol etmek ve gereken her şeyi sağlamak için kendi ihtiyaçlarını ve arzularını görmezden gelerek, kendilerine devamlı bir tatminsizlik ortamı yaratır ve kendilerini buna mahkûm eder (Peker, 2015).

İnsan bağımlılığı, sağlıklı bir bağıllık, sevgi ya da ilgi durumu değildir. Bu kişiler için önemli olan, neyi vermeye ihtiyacı olduğudur. Elinde somut bir kanıt olmadığı halde, karşısındakinin varsaydığı tüm ihtiyaçlarına kesin gerçeklermiş gibi elinden gelenin fazlasıyla karşılık vermeye çalışır ve kargaşa oluşturur. Bunun sonucu olarak da kendini mağdur hisseder ve fedakârlık yaptığını düşünür. Tek başlarına kalmaya ve kimsenin onlara ihtiyacı olmadığını düşünmeye tahammülleri olmayan insan bağımlıları, sürekli mağdur rolünü üstlenir, başkalarının ihtiyaçlarını sürekli kendi ihtiyaçlarından öncelikli tutar ve kendilerine asla sıra gelmez. Böylece, birilerinin çaresizce onlara ihtiyacı olduğuna inanmaya ve öyleymiş gibi davranmaya devam eder (Peker, 2015).

Genellikle, ilişkilerde sürekli olarak tatminsizlik hisseder, doğrudan olmak yerine dolaylı, imalı ya da başkaları üzerinden iletişim kurmaya çalışır. Kontrolcü davranışlar, güvensizlik, mükemmeliyetçilik,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

kendi duygularından kaçınma, yaklaşma problemleri, bakıcılık, aşırı hassasiyet, tetikte olma hali ve sürekli dile getirilen ve strese bağlı olduğu söylenen fiziksel rahatsızlıklar insan bağımlılığının en temel göstergeleridir (Peker, 2015).

İnsan bağımlılığı, sağlıklı bir fedakârlığı ya da ilgiyi aşan davranış, düşünce ve duyguları tanımlar. Yoğun bakım hemşireliği mutlaka fedakârlık ve ilgi gerektirir. Fakat sağlıklı ve kişinin benliğini yok edici boyuttaki ilgi kişiye kalıcı zararlar verir. Genel olarak kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını da fark ederek karşılayan sağlıklı bireyler daha işlevsel bir bakım verici konumunda iken, insan bağımlısı bireyler daha verimsiz ve yıpratıcı olabilir. Yoğun bakım hemşireleri, hastalık, ağrı, acı çekme, ölüm, yalnızlık, güçsüzlük gibi olumsuz durumları olan bireylerle daha sık karşılaşmakta ve bu bireylere destekleyici bakım vermektedir (Mary Lou Sole, Deborah G. Klein, 2017). Dolayısıyla bireyi ve aileyi iyi hissettirme ve konfor alanı yaratma düşüncesi ile yoğun bir tempo içerisinde nefes almadan çalışır ve kendisini unuttur. Hemşire kendi ihtiyaçlarını gidermeden hasta ve ailenin temel gereksinimleri karşılamak için harcadığı yoğun emek ve fedakârlık ile ezilir ve tükenmişliğe doğru hızla yol alır.

Tükenmişlik çoğunlukla insanlarla yoğun ilişki içinde çalışanlar arasında görülür. Tükenmişliğe ilişkin kavramsal bilgiler ve tükenmişliği oluşturan etkenler özellikle hemşirelik bakımını ve bakım vericilerin sağlığını etkilemektedir. Hem bireysel hem örgütsel düzeyde yaşanan tükenmişlik, yoğun bakım hemşiresinin gelişimini de olumsuz etkilemektedir (Üstün, 2001).

Performansımızı veya kişisel dayanıklılığımızı nasıl arttıracacağız???

Kişisel ve mesleki gelişimi arttırmaya yönelik kullanılacak stratejiler arasında Nöro Linguistik Programlama (NLP) yer almaktadır. NLP, kişinin davranışları ve başarılarını etkileyen düşünme süreçlerini daha iyi tanıma imkanı sağlayan teknikler bütünüdür (Alder, 2003, 2005; Biçer, 2010). Bu teknikler, insanları anlamak ve etkilemek için oluşturulan psikolojik özelliklerin kazanılmasını ve tüm zihinsel değişim yöntemlerinin öğrenilmesini mümkün kılmaktadır. NLP kişilerin nasıl daha iyi performans gösterdiklerini inceleyerek, esneklik, yaratıcılık ve daha fazla otonomi kazanmasını ve başarıya ulaşmasını sağlamaktadır (Alder, 2005; Biçer, 2010). Bu nedenle, yoğun bakım hemşirelerinin performans ve kişisel dayanıklılığının artırılması sürecinde NLP teknikleri, kendilerine ve çevresine faydalı olmasını, kişisel gelişimlerinin artırılmasını ve çevresiyle iletişimlerinin etkinleştirilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

Alder, H. (2003). *NLP Yüksek Performansa Ulaşmanın Yeni Bilimi ve Sanatı*. (Z. Biliz, Ed.) (6.Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Alder, H. (2005). *NLP El Kitabı*. (B. Irmak, Ed.). İstanbul: Kariyer Yayıncılık.

Biçer, T. (2010). *Performans Başarının Zihinsel Dinamikleri*. Beyaz Yayınları.

Fatma Öz. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (2. Baskı). Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti.

Gardner, D. K., & Helmes, E. (2006). Interpersonal dependency in older adults and the risks of developing mood and mobility problems when receiving care at home. *Aging and Mental Health*,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

10(1), 63–68. <https://doi.org/10.1080/13607860500307522>

Mary Lou Sole, Deborah G. Klein, M. J. M. (2017). *Introduction to Critical Care Nursing* (7th ed.). Elsevier.

Peker, T. (2015). İnsan Bağımlılığı. Retrieved from <http://www.tugcepeker.com/insan-bagimliliği/tr/20>

Turan, N., Atabek Aştı, T., & Kaya, N. (2017). Nursing Care on Patients with Constipation in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 73–78. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.073>

Ulusoy, Y. (2010). *Kişilerarası Bağımlılık Ölçeğinin Uyarlama Çalışması*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Üstün, B. (2001). Hemşirelik ve Tükenmişlik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17, 87–96.

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 10:30 – 11:30

PANEL : YB HEMŞİRELİĞİNDE ÖZGECİLİK

Yoğun Bakım Hemşiresi Felsefesi İle Hemşire Olmak

Meral MADENOĞLU KIVANÇ (Dr.Öğr.Üyesi)

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç:

Hemşirelik felsefesinin çerçevesi içinde yoğun bakım hemşireliğinin felsefesini tanımlamak ve hemşirelik mesleğine yansımalarını tartışmaktır.

Giriş:

Felsefe Nedir ?

Felsefe, bir bilimin veya bilgi alanının temelini oluşturan ilkeler bütünlüğüdür. Evrendeki her şeyi gerçekçiliğin bütünlüğü içinde ve sistematik olarak düşünme çabasıdır. Felsefe, bir dünya görüşüdür, yaşama bakış açısıdır. Evreni yakalama çabasıdır. Felsefe; soyuttur, evrenseldir, dünya ve insanın kendisi hakkındaki ilişkileri araştırır. İnsanın bilinçlenmesinde evreni, dünyayı, kendini anlamasında, merak ve hayret dürtüsünün doyurulmasında felsefe en önemli araçtır (Pektekin, 2013:9, Akça Ay, 2007:5).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Meslek Felsefesi Nedir?

Meslekler, toplumlar için bir ihtiyaçtır. Profesyonel bir disiplinde, mesleğin bilimsel bilgi içeriğinin ortaya konması ve uygulamaların bilimsel temele oturtulması gerekir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013;73). Uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin de doğal olarak bilimsel bir yapıya temellendirilmesi önemlidir. Bu temel bilgi de mesleğe özgü kavram ve kuram terimleri ile açıklanabilir. Mesleğe özgü kuramlar, mesleki etik değerleri destekler ve bilgi birikimini geliştirir. Karar verme ve analitik düşünme becerisi ise mesleki otonominin kazanılmasını sağlar.

Hemşirelik Felsefesi Nedir?

Hemşirelerin, hemşirelikle ilgili inançları ve değerleri anlayabilmeleri, buna uygun davranışlar sergileyebilmeleri hemşirelik felsefesi ile mümkündür. Hemşirelik mesleğinin felsefesinde yardım etme ve bakım amacı yer alırken, temel nokta; insanı tanımak, bireyi anlamak, bireyselliğini fark etmek, biyo-psiko-sosyo-kültürel bir bütün olarak bireyi ele almaktır (Özkan, 2014). Alturizm/özgecilik, eşitlik, estetik, özgürlük, insan onuru/bireyselleşme, adalet, gerçekçilik/doğruluk hemşirelik felsefesinde önemli değerlerdir (Babadağ, 2010;25). Hemşirelik felsefesinde, etik anlamın da üzerinde durulması gerekir. Zaman içinde hemşireler, temel ahlaki ve etik değerleri benimsemeleri sonucunda, geleneksel mesleki tutum ve davranış yerine çağdaş profesyonel tutum ve davranış özelliklerini kazanmıştır (Velioğlu, 2012;21). Bilim ve teknolojiye gelişmeler hemşireleri yaratıcılık, empati, hümanist ve bilimsel bilgilerle donatarak insan sağlığına daha etkin hizmet götürmeye zorlamıştır. Hemşirelik nedir, hemşireliğe özgü ve farklı nitelikler nelerdir vb. sorulara yanıt arayışları, onları düşünmeye ve düşüncelerini ifade ederek meslek felsefelerini oluşturmaya yönlendirmiştir.

Bevis, mesleğin gelişmesini şekillendiren ve günümüz hemşireliğinde de etkisini sürdüren 4 felsefi dönem tanımlamıştır (Şendir, 2012;103).

İdealizm (1850): Platon zamanında ortaya çıkan, fiziksel gerçekliğin ötesinde, dinsel gerçekliği savunan düşüncedir. Hemşireliğin formal eğitimi yerine usta-çırak ilişkisi ile öğrenilebileceği düşüncesi kabul görmüştür. Hemşireler insan ve topluma yardım etmeyi amaçlamışlar, kendi gelişimlerini ikinci plana bırakmışlardır. Bu dönem, Florence Nightingale'in hemşirelik bilimine giriş ve hemşireliğin formal eğitime dayandırılması yönündeki çalışmalarına başladığı yıllara rastlamakla birlikte 20. yüzyıla kadar hemşirelikte etkinliğini korumuştur.

Romantizm (1890): İdealist anlayışa bir tepki olarak insani duygu ve düşünceleri öne çıkan bir dönem olmuştur. Hemşireler, bu dönemde giyimde, edebiyat ve resimde kadınca güdüler ile duygusal bir görünüşte yansıtılmıştır. Sade dini elbiselerin yerini üniformalar ve süslü kepler almıştır. Bevis, romantik dönemin 20. yüzyılın ortalarına kadar hemşirelik eğitimini büyük ölçüde etkilediğini bildirmiştir. Hemşirelik eğitimin içeriği tıbbi eğitime paralel olarak oluşturulmuş dolayısıyla bireylerde hastalığa odaklanılmıştır. Hastalığa odaklanılmış hemşirelik faaliyetleri sezgi ve deneyimlere yönelik gerçekleştirilmiştir.

Pragmatizm (1950): II. Dünya Savaşı'nda yeni bir realizm dönemi olan Pragmatizm olarak adlandırılan döneme girilmiştir. Bevis'in felsefi yorumu, oldukça yararlı bir dönem olduğu şeklindedir. Savaş

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

zamanı yaşanan kayıplar akut-acil bakım gereksinimi ortaya çıkarmış ve hemşirelere yardımcı olacak sağlık bakımı çalışanlarını gündeme getirmiştir. Yardımcı sağlık çalışanlarına hasta bakımında daha iyi eğitim görmüş hemşirelere ise yönetim ve eğitimde sorumluluk verilmiştir. Sağlık bakımı sunumu ve hemşirelik eğitim programları hastalıklara göre planlanmış böylece birey, ailesi, gereksinimleri ve bütünlüğü dikkate alınmamıştır. Bu dönemin sonlarına doğru klinik alandaki gerçek gereksinimler, hemşirelikte etkin olmuştur. Hemşireler yoğun bakım, rehabilitasyon ve ayaktan tedavi ünitelerindeki bireylerin bakımına veya temel insan gereksinimlerine yönelik bakım aktivitelerini yerine getirmeye başlamışlardır. Bu dönüşüm süreci hümanistik varoluşçuluğun, gelecek dönem olduğunun işareti olmuştur.

Hümanistik varoluşçuluk (1990): Hümanizm, insan varlığına ilginin ağırlıklı olduğu bir düşünce şeklidir. Varoluşçuluk ise gerçekliğin insanın aklında var olduğunu kabul eden bir modern felsefe görüşüdür. Bu etkili felsefi kavram, hemşirelik mesleği için yeni bir dönem başlatmış ve hümanistik hemşirelik bakımı, sağlık bakımı ile yüksek teknolojiyi dengeleyerek bütünleştirebilmiştir. Hümanistik felsefeye göre hemşirelik aktivitelerinin odağı, hasta birey ve hastalık yerine, sağlıklı bireye ve sağlığı korumaya yönelmiştir. Bakım verilecek birey, bütüncül yaklaşımla ele alınmıştır. Hemşirelikte, insana ve bütünlüğüne dönüş gerçekleşmiştir.

Yoğun Bakım Hemşireliği Felsefesi Nedir?

Yoğun bakım hemşireliği; özel bilgi ve becerinin yanı sıra kritik düşünme, doğru karar verme ve alana özel gelişmiş tıbbi cihazları kullanabilme becerisini gerektiren, özel bir hemşirelik alandır (Tekin, 2017:5). Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir. Yoğun bakım hemşirelerine göre; hemşirelik eşsiz ve bütünseldir, bireyler yüksek yaşam kalitesi hakkına sahiptir, yoğun bakım hemşireliği kişilerarası, akademik ve teknik becerileri gerektirir, eğitim önemli bir unsurdur.

Yoğun Bakım Hemşireliği Felsefesi ile Hemşirelik

Uluslararası Hemşirelik Konseyi hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek olarak tanımlamaktadır. Hemşireler, hastaya karşı sorumluluk bilinci yüksek bir anlayış temelinde, hastanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi önceliği ile ilgili bir tutum içerisinde olmalıdır. Hemşirelerin bu tutumu, gerçekten uygulamaya dönüştürüldüğünde, DSÖ'nün belirlediği global sağlık hedeflerine daha hızlı ulaşılması mümkün olacaktır.

Modern tıp, sadece hastalığı iyileştirmek yerine, “iyi/sağlıklı olma” kavramına doğru değişim göstermektedir (Özkan ve Bilgin, 2016;191). Geçmişte bakış açısı; “hemşire, hastaya bakar” iken günümüzde; “hemşire sağlamı korur” bakış açısı önceliklidir ve bu bakım yaklaşımı, uluslararası toplantılarda hemşireler için de rol ve sorumluluk olarak belirtilmektedir (Pektekin, 2013;3). Sağlık sorunu olan ve yoğun bakımlarda yatan hastaların hemşirelik bakımlarından yararlanması için; güven ortamı, umut, inanç, insan onuruna saygı, bakımda adil yaklaşım ve bilimsel birikimle

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yoğrulmuş profesyonel hemşirelik bakım yaklaşımından geçmektedir. Sağlık bakımı alan bireyi tanıma, birlikte olma, onun yaşamını kolaylaştırma iyileştirme açısından önemlidir. Hemşireler, hasta bireylerin iyileşme yolculuklarında onların yanında olarak çeşitli bakım yöntem tekniklerini kullanarak ya da hastaların kendi ailelerine öğretmek onların iyileşme süreçlerine aktif katılımını sağlar ve hastaların iyileşme süreçlerinde fark yaratabilir.

Sonuç:

Felsefedeki değişim ve gelişmeler, hemşirelik felsefesini etkileyerek sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalara verilecek bakım yöntemlerin de değişimine neden olmaktadır. Bu değişimin halen devam etmekte olması hemşirelerin işlev, rol ve beklentilerinin değişim zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. Geçmişten günümüze bilgi ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte hemşirelik mesleğinde; felsefe, kurumsallaşma, bilgi, haklar, hastalıktan sağlık kavramına yöneliş, hizmet alanı ve kapsam değişmekte ve gelişmektedir.

Kaynaklar

1. AKÇA AY, F. (2007), Hemşireliğin Kuramsal Yapısı. *Temel Hemşirelik*. Ed. Akça Ay F. 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık.
2. ARSLAN ÖZKAN, H., BİLGİN, Z. (2016), Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri. *HSP*, 3(3):191-200.
3. BABADAĞ, K (2010). *Hemşirelik ve Değerler*. İstanbul, Alter Yayıncılık.
4. BURKHARDT, A.M.& NATHANIEL, A.K.(2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. (Çev. Şule Ecevit Alpar, Nefise Bahçeci, Ükke Karabacak), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.
5. OKUROĞLU KARAHAN, G., BAHÇECİ, N., ALPER ECEVİT Ş. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Klikya Felsefe Dergisi*, 53-61.
6. ÖZKAN, A.H. (2014). *Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri*. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.
7. PEKTEKİN, Ç. (2013). *Hemşirelik felsefesi: Kuramlar, bakım modelleri, politik yaklaşımlar*. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
8. ŞENDİR, M (2012). Hemşirelik felsefesi. *Hemşirelik Esasları*. (Ed. Türkinaz Atabek Aştı, Ayişe Karadağ).(s: 103-112), İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.
9. TEKİN, V. (2017). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Algısı*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
10. VELİOĞLU, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Akademi Basın Yayıncılık.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

SALON : A

TARİH: 13 EKİM

SAAT: 12:00 – 12: 30

KONFERANS : YOĞUN BAKIM SONRASI EVE DÖNÜŞ

Doç. Dr. Gülçin Bozkurt

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yoğun bakımlardaki gelişmeye paralel olarak ciddi hastalığı olan hastalar daha uzun yaşamaktadır. Kronikleşen yoğun bakım hastalarının sınırlı olan yoğun bakım yataklarında bakılması, ekonomik kayıplara ve hasta yükünün artmasına yol açmaktadır. Yoğun bakım yatak kapasitesini daha verimli kullanmak, hastanın aile ortamına dönmesi ile moral desteği sağlamak, yoğun bakımda uzun süre kalmaya bağlı mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarını azaltmak, solunum fonksiyonlarını korumak, egzersiz kapasitesini arttırmak, enfeksiyon gibi yatış süresini arttıran komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmek amacıyla acil durum ve yaşamsal fonksiyonları düzelen, stabil yoğun bakım hastasının evde bakılması önerilmektedir (Aksoy 2015; Ottonello et al. 2007; Sönmez Düzkaya, Bozkurt 2012; Sönmez Düzkaya, Bozkurt, Yakut 2017). Ayrıca evde kullanılabilen solunum cihazlarındaki gelişmelere bağlı olarak, solunum cihazına bağlı kronik hastaların evde bakımı kolaylaşmıştır (Lloyd-Owen et al. 2005).

Türkiye'de toplam 16.651 erişkin, 997 çocuk ve 8.316 yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunduğu ve 10.000 kişiye 3.4 yoğun bakım yatağı düştüğü bilinmektedir. Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmaması nedeniyle yoğun bakım hastaların hastanede kalış süreleri uzamaktadır. Ülkemizde evde mekanik ventilatöre bağlı yaşayan hasta sayısı bilinmemektedir. Bugün dünyanın her yerinde bakım ve tedavisi evde sürdürülen hasta sayısı giderek artmaktadır (Ayar et al. 2015; Sönmez Düzkaya, Bozkurt, Yakut 2017).

Evde bakım hizmeti; hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedaviyi de kapsayan tıbbî ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulmasıdır (Dereciogulları 2016).

Evde bakılan hastalar ve aileler fonksiyonel olarak gerçek ortamlarında değerlendirilir ve kişiye özel bakım verilir. Fiziksel, ruhsal yorgunluk ve ailenin yaşadığı stres azalır, ailenin bir arada olması sağlanır. Hastanın çevre ile olan iletişimi iyileşmeyi hızlandırır. Tedavi ve bakım maliyeti düşer ve zamandan tasarruf sağlanır. Terminal dönemde olan hastaların fiziksel ve psikolojik rahatlığı desteklenir. Kesintisiz, kaliteli, standart hizmet sunulur (Aksoy 2015; Ayar et al. 2015)

Yoğun bakım sonrası evde tıbbi teknolojiye bağımlı olarak izlenen hastalar evde bakım ihtiyacı olan en kompleks hastalardır. Bu hastaların genelde ciddi beslenme ve solunumsal problemleri mevcuttur (Ayar et al. 2015). Evde bakılacak yoğun bakım hastaların ev ortamının hastaya uygun hazırlanması, hastaya bakacak kişilerin eğitilmesi, hastanın ve ailesinin gereksinimi olan evde sağlık hizmetleri desteğinin sağlanması gerekmektedir.

Evde bakım ile ilgili sorunlar dört ana başlık altında toplanmaktadır.

- Evde bakım hizmetinin işleyiş ve uygulamaları,
- Standartları-kalite yönetimi,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- İnsan kaynakları
- Hizmetinin finansmanı ile ilişkili sorunlar (Aksoy 2015)

Yoğun bakımda taburculuk kriterlerini karşılayan, evde bakılacak hastalar ve aileleri taburculuk hakkında bilgilendirilerek, onayları alındığında evde bakıma uyumları kolaylaşmaktadır. Yoğun bakımdan eve dönüş (taburculuk) kapsamında aile ve hastanın hazırlığı yaklaşık iki 2 haftalık süre de gerçekleştirilmektedir. Eve taburcu edilecek hastaların aileleri öncelikle hasta bakımı, kullanılan ekipmanlar, malzemeler konusunda bilgilendirilir. Bakım vericiler ayrıca; solunum sistemi, patofizyoloji, hastanın hastalık süreci, mekanik ventilatör kurulumu, temizlenmesi, değişimi, aspirasyon, havayolu açıklığının sağlanması, acil durumlarda yapılacak işlemler, temel yaşam desteği, enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, beslenmenin planlanması, ilaçların uygulanması gibi konularda bilgilendirilir. Hasta yakınlarının yoğun bakım ziyaretleri artırılarak bakıma katılmaları ve gözlem altında bakımı gerçekleştirmeleri sağlanır (Kohorst 2005). Ülkemizde Ülgen Tekerek ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada, yoğun bakımdan taburcu olacak hastaların ailelerine evde yapılacak tedavi ve bakımlar ile ilgili yapılan bir haftalık eğitim sonunda; aspirasyon, trakeostomi ve postural drenajı başarı ile yaptıkları saptanmıştır (Ülgen Tekerek ve ark 2017). Yoğun bakımdan eve geçen tıbbi teknolojiye bağımlı hastanın tedavi ve bakımı, yoğun bakım ekibi ve evde bakım hizmetleri yürüten ekibin işbirliği ile yürütmelidir. Yoğun bakımda verilen eğitimlerin ve hasta ile ilgili tüm bilgilerin dökümanite edilerek taburculuk sonrası evde bakım ekibine verilmesi gerekir (Kohorst 2005). Evde bakımın iyi bir eğitim ve ciddi kontrol gerektirdiği, kompleks hastalara acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel kişilerin olmaması veya ailenin eğitilmemesi durumunda hastaların tedavisinde sorunlar olabileceği, kritik durumlarda geri döndürülemeyecek sonuçlara yol açabileceği bildirilmektedir (Aksoy 2015; Ayar et al. 2015).

Evde bakılan yoğun bakım hastalarının sıklıkla akut fiziksel ve ruhsal yönden bakıma, rehabilitasyona, mali, sosyal ve hukuki desteğe ihtiyaçları olabilir. Hasta eve taburcu edildikten sonra evde bakım ekibi tarafından; hastaneden çıktığı gün, bir gün sonra, 4. günde ziyaret edilerek değerlendirilmelidir. Daha sonra hasta ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda hafta bir- dört kez veya ayda bir- altı olmak üzere ziyaret programı planlanmalıdır. Bu ziyaretler sırasında hastaların trakeostomi değişimi, yara bakımı, beslenmesinin planlanması, psikolojik destek, fizik tedavisi gibi birçok uygulamanın yapılması gerekmektedir (Aksoy 2015).

Sonuç: Ülkemizde Yoğun bakım hastaları için istendik düzeyde, standart ve organize bir evde bakım hizmetleri yoktur. Yoğun bakım hastalarının evde bakım hizmetlerinin geliştirilebilmesi için hasta sayısının bilinmesi, taburculuk süreçlerinin düzenlenmesi, bakım gereksinimlerinin ve süresinin saptanması gerekmektedir. Ülkemizde yoğun bakım hastasının evde bakımı ile ilgili modeller geliştirilmeli, konu ile ilgili araştırma ve yayınların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye'deki mevcut durum. [Turk Med J. 2015; 7\(2\):](#) 162-168.
2. Ayar G, Şahin Ş, Uysal Yazıcı M, Gündüz RÇ, Yakut Hİ, Demirel F. Çocuk Hastalarda Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2015; 1: 12-17
3. Derecioğulları Ergun A. Evde bakımın kapsamı. Sosyal ruhsal ve medikal yönleri ile evde bakım (ed. Konak Ş), Kongre Kitapevi, Antalya, 2016:3-22.
4. Kohorst J. Transitioning the ventilator-dependent patient from the hospital to home. *Medscape Pulmonary Medicine*, 2005 9.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

5. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, Escarabill J, Farre R, Fauroux B, et al. Patterns of home mechanical use in Europe: Results from the Eurovent survey. *Eur Respir J* 2005;25(6):1025-31.
6. Make BJ, Hill, NS, Goldberg AI, et al. Mechanical ventilation beyond the intensive care unit: report of a consensus conference of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998;113:289-344.
7. Ottonello G, Ferrari I, Pirroddi IMG, Diana MC, Villa G, Nahum L, Tuo P, Moscatelli A, Silvestri G. Home mechanical ventilation in children:retrospective survey of a pediatric population. *Pediatrics International* 2007;49, 801–805.
8. Sönmez Düzkaya D, Bozkurt G. Yoğun Bakım Hastasının Evde Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2012;16(1):21-8.
9. Sönmez Düzkaya D, Bozkurt G, Yakut T. Yoğun bakımdan taburcu olan tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklara verilen evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. HSP 2017;4(3):204-211.
10. Ülgen Tekerek N, Dursun A, Akyıldız BN. Çocuklarda ev tipi mekanik ventilasyon uygulamaları:Erciyes Üniversitesi deneyimi, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2017;15 (1):28-33.



SÖZEL BİLDİRİLER

Sözel bildiriler

S-02

Transformasyonel Öğrenme Kuramına Göre Yoğun Bakım Hemşireliğinde Bakım Davranışları Eğitimi

Emine KOL, İlkay BOZ

Dr. Öğr. Üyesi Emine KOL

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Türkiye

ekol@akdeniz.edu.tr

Tel.: 0 242 310 6917

Doç. Dr. İlkay Boz

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Türkiye

ilkayarslan@akdeniz.edu.tr

Tel.: 0 242 310 6917

ÖZET

Bireyin bakımında kullanılan dokunma, dinleme, açık ve ulaşılabilir olma, yargısız kabul, güven verme, varlığını sunma gibi eylemler “Bakım Davranışları” olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler kendilerinden farklı dünya görüşüne sahip her biri ayrı bir zenginlik olan farklı bireylere bakım vermektedirler. Bakım ve bakım davranışlarının öğretilmesinde, hemşirelerin kendilerini ve başkalarını anlama şekillerini temelde değiştiren “Transformasyonel (Dönüşümsel) Öğrenme”, yöntemi tercih edilmektedir. Dönüşümsel Öğrenme; yeni bilgi, deneyim, bakış açısı ya da fikirler ile ilgili bireyin kendi fikirlerini düşünmesini ve değerlendirmesini istediğinde ortaya çıkar ve birey öğrenme deneyimine anlam katabildiği süreçte öğrenmiş kabul edilir. Bakım Davranışlarının Öğretiminde; 1) araştırmacı uzmanlık yolunda ilerleyen yüksek lisans öğrencisi hemşireler ile yoğun bakım sorumlu hemşirelerinin etkileşimlerine temelli öğrenme ortamı oluşturmak, 2) hemşirelerin örtük bilgilerini açıklamalarına olanak sağlamak, 3) hemşirelerin

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

sezgi, deneyim ve uygulama bilgileri ile gerçekleştirdikleri bakım davranışlarını tanımlama ve adlandırmalarını sağlamak amaçlanmıştır.

GİRİŞ

İnsan Bakım Kuramı

Bakımı insanlık onurunu koruma, iyileştirme ve geliştirme yolu olarak tanımlayan Jean Watson' a (1) göre bakım bir irade, amaç ve özveri haline gelmesi gereken bir değer ve tutumdur. Bakım ancak hemşirenin bireyin yaşam alanına ve varoluşsal alanına girmesiyle başlayabilir, böylece hemşire bireyin varoluş (ruh) durumunu saptar, bunu hisseder ve tepki gösterir. Böylesi bir bakımda Watson, hemşire ve birey arasında öznel bir akış olduğunu ifade etmektedir (2). Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanması ile etkili olabileceğine inanmaktadır (3). Watson'ın tanımladığı bakım davranışları; dikkatli dinleme, göz teması kurma, bireyi rahatlatma, bireyin sorumluluğunu alma, dokunma, duyarlı olma, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, birey ile olma ve bilgi verme olarak sıralanabilir (4).

Dönüşümsel Öğrenme Kuramı

Mezirow (5) tarafından 1978 yılında yayınlanan Dönüşümsel Öğrenme Kuramı yetişkin eğitiminde kuramsal bir gereksinim sonucu ortaya çıkmıştır. Dönüşümsel Öğrenme; kişisel ve entelektüel olarak gelişmek ve olgunlaşmak için bireyin kendi varsayımlarını, inançlarını, hislerini ve bakış açılarını amaçlı olarak sorgulamayı öğrenmesidir (6). Jack Mezirow (7) Dönüşümsel Öğrenme Kuramının, kişileri yapıcı bir şekilde belli bir tarafa yönelterek deneyimlerden yola çıkıp onları yeniden yorumlayıp anlamlandırmak suretiyle öğrenmeyi sağladığını ifade etmiştir. Deneyimlerin sorgulanması dönüşümsel öğrenmenin öne çıkan özelliklerinden biridir; kişi, kendini, kendisine açıklar, deneyimlerine uzaktan bakar ve onlara anlam yükler (8). Dönüşümsel öğrenme için tanımlanan 10 basamak (9);

1. Çarpıcı bir ikilem yaşama
2. Kendini gözden geçirme
3. Varsayımları eleştirel biçimde değerlendirme
4. Başkalarının benzer deneyimleri paylaştığını fark etme
5. Eylemler için seçenekleri keşfetme
6. Kendine güven inşa etme
7. Bir eylem planı oluşturma
8. Uygulama için beceri ve bilgi edinme
9. Yeni bir plan yapma ve yeni rolleri uygulama
10. Yeni bir bakış açısı ile topluma yeniden entegrasyonu kapsamaktadır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Bakım Davranışlarının Öğretimi

Bakım Davranışları Geliştirme Dersi 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılından itibaren Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı kapsamında verilen, 30 saat teorik ve 30 saat uygulamadan oluşan seçmeli bir derstir. Dersin teorik bölümü; bakım kavramı, bakımın sanat ve estetik boyutu, bakımda ustalık, klinik bilgelik, insan bakım kuramı, bakım anı, bakım davranışları (otantik dinleme, varlığını sunma, hazır bulunma, dokunma, rahatlığını sağlama, bireyi tanıma, adı ile hitap etme, göz iletişimi kurma, açık ve ulaşılabilir olma) gibi konulardan oluşmaktadır. Dersin uygulama bölümünde; her bir bakım davranışı için deneyim ya da hikaye aktarımı, hikaye üzerinde tartışma, hikayenin senaryolaştırılması, senaryonun simülasyonu ve debriefing aşamalarından oluşmaktadır. Dönüşümsel öğrenme kapsamında bakım davranışları eğitimi;

1. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve lisansüstü öğrencinin konuya hazırlığı; literatür tarama, deneyim/hikayelerini gözden geçirme
2. Konunun derslikte tüm gruba aktarımı
3. Hikayenin aktarımı
4. Hikaye üzerinde tartışma, diğerlerinin hikayelerini paylaşma
5. Yoğun bakım sorumlu hemşiresi ve lisansüstü öğrencinin hazırladıkları hikayeyi senaryoya dönüştürmeleri
6. Standart/Simüle hasta ile senaryoların laboratuarda simülasyonu
7. Klinik uygulamaya aktarım için yolların tartışılması
8. Klinik uygulamaya aktarım örnekleri ve yaşanan deneyimlerin paylaşımı

SONUÇ

Dönüşümsel öğrenmenin kazanımları (10,11,12);

1. Hemşireleri yaşam deneyimlerinin bir sonucu olarak, hiç düşünmeden ya da soru sormadan elde edilen bilgiyi elden çıkarmak için bağımsız olarak düşünmeyi teşvik etme,
2. Hemşirelerin kişisel, profesyonel ve sosyal rollerini gerçekten üstlenmeleri ve geliştirmeleri için, akıl yürütme becerisi kazandırma,
3. Hemşirelere diğer insanların hayatını daha iyi anlama fırsatı sunma,
4. Günlük yaşam olaylarını ve hasta bakım yaşantılarını farklı yorumlayabilme becerisi kazandırma olarak sıralanmaktadır.

Hemşirelikte dönüşümsel öğrenme kuramı kapsamında örnek bir öğretim programı olan “Bakım Davranışlarının Geliştirilmesi” dersinin tüm paydaşlarından etkileyici ve olumlu geri bildirimler alınmıştır. Laboratuvar uygulamalarında öğrencilerin sorumlu hemşire değerlendirmelerinden yararlandıkları, klinikte oluşabilecek akut durumları danıştıkları ve bu durumlardaki davranışlar konusunda sorumlu hemşireler ile paylaşımlarda bulundukları gözlemlenmiştir. Sorumlu hemşirelerin özellikle kendi eylemlerini adlandırma, tanımlama ve senaryo yazımı konusunda öğrencilerden rehberlik aldıkları

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

gözlemlenmiştir. Dersin kliniğe aktarımına ilişkin sorumlu hemşireler tarafından gerçekleştirilen ve gerçekleştirmeyi planladıkları girişimler de dersin olumlu çıktısı olarak düşünülmektedir. Özellikle sorumlu hemşirelerin kendi hemşirelik ekibi için oluşturmaya çalıştıkları iyileştirici çevre dikkat çekici bir sonuçtur.

KAYNAKLAR

1. Watson J. Nursing Human Science and Human Care: A Theory of Nursing. United States of America: National League for Nursing Press; 1999.
2. Watson J. Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. Nurs Adm Q; 2006, 30(1): 48-55.
3. Fawcett, J., (2002), The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Jean Watson, Nursing Science Quarterly, 15(3), 214-219.
4. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. United States of America: University Press of Colorado; 2008.
5. Mezirow J. Education for perspective transformation; Women's re-entry programs in community colleges. New York: Teacher's College, Columbia University, 1978.
6. Slavich, G. M., & Zimbardo, P. G. (2012). Transformational teaching: Theoretical underpinnings, basic principles, and core methods. Educational Psychology Review, 24(4), 569-608.
7. Mezirow, J. (1994). Understanding transformation theory. Adult education quarterly, 44(4), 222-232.
8. Şen, E., & Şahin, H. (2017). Dönüşümsel Öğrenme Kuramı: Baskın Paradigmayı Yıkma. Tıp Eğitimi Dönüşümü, 16(49), 39-48.
9. Thomas, P. L. (2012). Charge nurses as front-line leaders: Development through transformative learning. The Journal of Continuing Education in Nursing, 43(2), 67-74.
10. Renigere, R. (2012). Transformative Education in the nursing discipline. American Journal of Educational Research, 2014, Vol. 2, No. 12, 1207-1210.
11. Kear, T. M. (2013). Transformative learning during nursing education: A model of interconnectivity. Nurse education today, 33(9), 1083-1087.
12. McAllister, M. (2015). Exploring transformative learning and the courage to teach a values based curriculum. Nurse education in practice, 15(6), 480-484.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

S-03

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Selma DAĞCI^{*}, Besey ÖREN^{**}, Fatma BEYAZ^{***}

^{*}İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlığı-2 (Uzman Hemşire) selma.dagci@gmail.com

^{**}Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Dr. Öğr. Üyesi) besey_oren@yahoo.com

^{***}Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hemşire) fatmabeyaz28@gmail.com

GİRİŞ VE AMAÇ: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı, teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, interdisipliner bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu ünitelerdir (Kaya ve Terzi 2011). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (Bitek ve Akyol 2017).

Araştırma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve ilişkili faktörleri belirlenmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

YÖNTEM: Çalışma 01.07.2018-01.08.2018 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu Yakasında bulunan 2 devlet ve 8 eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde bulunan yoğun bakım ünitelerinde çalışan 273 hemşire ile gerçekleştirildi. Sıralama, pek çok alanda uygulama yeri bulunan bir ölçme yöntemi olup, gözlemciyi uyarıcılar arasında mümkün olan en büyük ayrımı yapmaya zorladığından, gözlemcinin bu ayrımı yapabildiği hallerde geçerliği çok yüksek bir ölçek vermekte, bu nedenle iç tutarlılık yüksek olmakta ve sıralama yargılarıyla ölçekleme, bir sıra numarası verilebilecek tüm uyarıcılara uygulanabilmektedir. Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi için katılımcılara, bu konuda etkili olduğu düşünülen 19 neden (faktör) verilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyo-demografik Özellikler ve literatür doğrultusunda oluşturulan 19 faktörden oluşan ybü'lerde karşılaşılan güçlükleri belirlemeye yönelik sorular içeren form kullanıldı ve bu kapsamda hemşirelerden karşılaştıkları güçlükleri en önemliden önemsiz doğru sıralanması istendi. Güçlüklerin sıralanmasında 5'li likert tipi ölçek kullanıldı. Formlar yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Veriler SPSS 22 paket programı kullanılarak; Shapiro Wilks Testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Testi, Pearson ve Spearman's rho korelasyon analizi ile değerlendirildi. Çalışmaya katılmanın

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

gönüllülük esasına bağlı olduğu bildirilerek ilgili kurumlardan ve çalışmaya katılan hemşirelerden izin alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA: Olguların yaş ortalaması 27.0 ± 4.8 (18-45) yıl olup, %81.3'ü kadın, 68,5'i bekar, 76,6'sı lisans mezunu, 63,7'si mesleki yaşamının ilk beş yılı içinde bulunmakta ve 53,1'i hemşire olmaktan memnun idi. Katılımcıların 39,2'si anestezi ve reanimasyon ybü, 24,2'si yenidoğan ybü'nde, 76,2'si üçüncü düzey ybü ve 76,6'sı ybü'de 0-5 yıldır çalışmaktaydı. Kurumların yatak doluluk oranı % 95,3, shift başına düşen hemşire sayısı $3,0 \pm 1,5$ iken, hemşirelerin 67,8'si ybü'de çalışıyor olmaktan memnundu ve 50,9'u mesleğinde profesyonel olduğunu düşünüyordu (Tablo 1). Yoğun bakım servisinin diğer servislerden farklı olan yapısı, mesleki ilişkiler, hastaların özellikleri gibi nedenler bu serviste çalışan hemşirelerde belirgin strese neden olmaktadır (Turgay 2001). Her işin belli bir sorumluluk ve risk içermesi onu doğal olarak bir stres faktörü yapar. İşin stres faktörü hem bireyden, hem de işin niteliğinden kaynaklanır. İş ile doğrudan ilişkili stres faktörleri; yetersiz fiziksel koşullar, zaman darlığı ve iş yetiştirme telaşı, aşırı iş yükü, bilgi yığılması, iş akışı ve teknik sorunlar, görev tanımlarındaki belirsizlikler ve yöneticiden kaynaklanan güvensizlikler gibi bireyi strese sokan olumsuz çalışma koşulları olarak tanımlanmaktadır (Eren 2001). Eleman yetersizliği (%66,3), iş yoğunluğu (%65,9), görev tanımına ilişkin sorunlar (%56,1), riskli durumların fazla olması (%54,7) ve kritik hasta bakımının getirdiği stres (%53,9) ybü'de çalışan hemşirelerin karşılaştığı ilk 5 problemi oluşturmuyordu (Tablo 2). Kadın hemşirelerin hasta yakınları (p:0.009) ve diğer ekip üyeleriyle (p:0.044) daha iyi iletişim kurduğu ve çalışma şekline memnun olduğu (p:0.019) ayrıca evli hemşirelerin malzeme yetersizliği/kalitesizliği (p:0.021) ve ölümle sık karşılaşma (p:0.030) konularında daha çok sıkıntı yaşadıkları saptandı. İş yoğunluğu, gürültü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu, riskli durumların fazlalığı, iletişim, çalışma şekli, görev tanımı ve ölümle sık karşılaşmaya bağlı sorunların yaşla birlikte arttığı, hemşire ve yatak sayısı arttıkça da azaldığı belirlendi (p<0.05). Yoğun bakım servislerinin çok stresli ve izole bir ortam olması, bakım ve iş baskısının yoğun olması bu ünitelerde çalışan hemşirelerin iş doyumlarını etkilemektedir (Arslan ve Eşer 2002; Ulrich ve ark. 2006; Yıldız 2001). İş doyumu, kişinin işine karşı olan tutumu olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir tutum gibi, iş doyumu da inançlar, duygu, değerler ve davranışsal eğilimlerin kompleks bir bileşimini yansıtır. Yine diğer tüm tutumlar gibi, gözlenebilir bir değişken değildir. Ancak, kişinin bu konudaki hislerini dile getirmesi ile anlaşılabilir. İş doyumu terimi ile kişinin işine ya da işinin bazı özel niteliklerine karşı geliştirdiği olumlu ya da olumsuz tutumları ve duyguları belirtilmektedir (Eren 2001). YBÜ'de 0-5 yıldır çalışan hemşirelerin ölümle sık karşılaşmaya bağlı sorun puanları daha uzun yıl çalışanlara oranla düşük bulundu (p:0.015). Etkili iletişimi engelleyen pek çok faktör vardır. Etkili iletişimde mesaj karşıdaki kişi tarafından anlatılmak istenen anlamda anlaşılmış ve yorumlanmışsa kişiler arasında iletişim sağlanmıştır. Ancak mesaj anlatılmak istenenden farklı anlaşılmışsa iletişimde sorun vardır (Özcan 2006). Verilmek istenen mesajın karşıdaki

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

birey tarafından doğru anlaşılması, anlaşılmasını engelleyen bireysel ve çevresel birçok faktöre bağlıdır (Özcan 2006; Nazik ve Bayazıt 2005; Üstün, Akgün ve Partlak 2005). Arda, Ertem, Baran, ve Durgun'nun (2007) Dicle Üniversitesi hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusunda görüşlerini inceledikleri çalışmada, araştırma kapsamına alınan tüm hekim ve hemşirelerin hastalarıyla iletişim sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Karadağ ve Taşçı'nın (2005) hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında ise hasta, hasta yakını ve ekip ile iletişim sorunları yaşama, bakımı etkileyen faktörlerden biri olarak saptanmıştır. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükleri ve çözüm önerilerini belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada da (Fesci, Doğan ve Pınar 2008) hasta sayısının fazlalığı, zaman yetersizliği ve eleman yetersizliği hemşirelerin yaşadıkları güçlük nedenlerinin başında belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da dahiliye ybü çalışan hemşirelerin etik sorun, gürültülü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu, eleman niteliksizliği, riskli durumların fazlalığı, kritik hasta bakımının getirdiği yük, hasta yakınına ilişkin sorunlar, iletişim, görev tanımı ile ilgili yaşadıkları problemler diğer ybü türlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Erişkin ybü çalışan hemşirelerin etik sorun, iş yoğunluğu, gürültülü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu, riskli durumların fazlalığı ve kritik hasta bakımının getirdiği yük pediatrik-yenidoğan ybü çalışan hemşirelere oranla anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çocuk YBÜ'de çalışan hemşirelerin eleman niteliksizliği, iletişim, ölümle sık karşılaşma, yoğun bakımda çalışmaya bağlı sağlık sorunları yaşama, yönetici ve tedavi ekibiyle ilişkide diğer ybü çalışan hemşirelere oranla daha az sorun yaşadıkları saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3). İkinci düzey ybü'de çalışan hemşirelerin etik sorun, kapalı ortamda çalışma zorunluluğu, eleman sayısında ve niteliğinde yetersizlik, riskli durumların fazlalığı, kritik hasta bakımının getirdiği yük, çalışma sürelerinin fazlalığı, görev tanımı, yoğun bakımda çalışmaya bağlı sağlık sorunları yaşama ve tedavi ekibi ile ilgili diğer düzeylerde çalışan hemşirelere göre daha fazla sorun yaşadıkları belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca birinci düzey ybü'lerde çalışan hemşirelerin ikinci ve üçüncü düzeyde çalışan hemşirelere göre hasta yakınları ile daha az problem yaşadıkları saptandı ($p:0.009$; $p<0.05$). Ybü çalışmaktan memnun olan hemşirelerin gürültülü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, memnun olmayanların görev tanımı ve ölümle sık karşılaşma puanları anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0.05$). Shift başına düşen hemşire sayısı ile eleman niteliği tedavi ekibiyle sorun yaşama arasında pozitif hasta yakınlarıyla sorun yaşama arasına negatif yönlü ilişki saptandı ($p<0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER: Demografik özelliklerin birçoğu ile çalışma koşullarının (çalışma ortamı, ekip çalışması vb) yoğun bakım hemşirelerinin sorun yaşamasında etkili olduğu görüldü. Çalışma ortamı, ekip çalışması ve çalışan sayısı hemşirelerin memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Bu nedenle olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması (fiziksel ortamın, çalışma saatlerinin vb. iyileştirilmesi) yoğun çalışma

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

temposunun ve nöbet sayısının azaltılması için hemşire sayısının artırılması, görev tanımlarının yapılması, ekip çalışmasının güçlendirilmesi, daha genç hemşirelerin bu birimlerde görevlendirilmesi, stres yönetimi eğitimleri gibi önlemler ile yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı sorunlar azaltılabilir.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Yaş (n=270) <i>Min-Max, Ort±SS</i>		18-45	27,09±4,83
Hemşire Sayısı <i>Min-Max, Ort±SS</i>		2-70	29,1±17,27
Yatak sayısı <i>Min-Max, Ort±SS</i>		4-60	20,52±16,51
Yatak Doluluk Oranı (n=270) <i>Min-Max, Ort±SS</i>		60-100	95,37±10,03
Shift başına düşen hemşire sayısı <i>Min-Max, Ort±SS</i>		1-11	3,01±1,56
Cinsiyet	Kadın	222	81,3
	Erkek	51	18,7
Medeni Durum (n=270)	Evli	85	31,5
	Bekar	185	68,5
Eğitim Durumu	Lise	30	11
	Ön-lisans	21	7,7
	Lisans	209	76,6
	Lisansüstü	13	4,8
Meslekte çalışma yılı	0-5 yıl	174	63,7
	6-10 yıl	63	23,1
	11-15 yıl	22	8,1
	16-20 yıl	11	4
	20 yıl ve üzeri	3	1,1
Yoğun bakımda çalışma yılı	0-5 yıl	209	76,6
	6-10 yıl	43	15,8

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

	11-15 yıl	19	7
	16-20 yıl	1	0,4
	20 yıl ve üzeri	1	0,4
Yoğun Bakım Türü	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ	107	39,2
	Dahiliye YBÜ	17	6,2
	Cerrahi YBÜ	6	2,2
	KVC YBÜ	13	4,8
	Koroner YBÜ	8	2,9
	Genel cerrahi YBÜ	1	0,4
	Beyin Cerrahisi YBÜ	7	2,6
	Nöroloji YBÜ	4	1,5
	Yenidoğan YBÜ	66	24,2
	Çocuk YBÜ	32	11,7
	Diğer	12	4,4
Yoğun Bakım Düzeyi	Birinci düzey	18	6,6
	İkinci düzey	47	17,2
	Üçüncü düzey	208	76,2
Hemşire olmaktan memnuniyet durumu	Memnunum	145	53,1
	Emin değilim	90	33
	Memnun değilim	38	13,9
Ybü çalışmaktan memnuniyet durumu	Memnunum	185	67,8
	Emin değilim	66	24,2
	Memnun değilim	22	8,1
Meslekte profesyonel olduğunu düşünme durumu	Evet	139	50,9
	Kısmen	119	43,6
	Hayır	15	5,5

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 2: Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

	Çok Öne mli	Öne mli	Karar sızım	Öne msiz	Çok Öne msiz
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yaşanan etik sorunlar (n=269)	131 (%48,7)	32 (%11,9)	38 (%14,1)	30 (%11,2)	38 (%14,1)
İş yoğunluğu	180 (%65,9)	26 (%9,5)	24 (%8,8)	16 (%5,9)	27 (%9,9)
Fiziksel koşulların kötü olması	117 (%42,9)	49 (%18)	46 (%16,9)	29 (%10,6)	32 (%11,8)
Malzeme yetersizliği veya kalitesizliği	105 (%38,4)	35 (%12,8)	56 (%20,5)	34 (%12,5)	43 (%15,8)
Teknolojik ürünlerin fazla kullanılması (n=272)	58 (%21,3)	33 (%12,2)	66 (%24,3)	44 (%16,2)	71 (%26,2)
Gürültülü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu	112 (%41,1)	53 (%19,4)	45 (%16,5)	29 (%10,6)	34 (%12,4)
Eleman sayısındaki yetersizlik	181 (%66,3)	21 (%7,7)	25 (%9,2)	12 (%4,4)	34 (%12,4)
Elemanların niteliğindeki yetersizlik	102 (%37,4)	41 (%15,1)	62 (%22,7)	29 (%10,6)	39 (%14,3)
Riskli durumların fazla olması (n=272)	149 (%54,7)	52 (%19,1)	33 (%12,1)	18 (%6,6)	20 (%7,4)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Kritik hasta bakımının getirdiği stres ve yük	147 (%53,9)	46 (%16,9)	34 (%12,5)	18 (%6,6)	28 (%10,2)
Hasta yakınları ile ilgili sorunlar	84 (%30,8)	48 (%17,6)	77 (%28,2)	25 (%9,2)	39 (%14,3)
Çalışma şekli	145 (%53,1)	37 (%13,5)	29 (%10,6)	21 (%7,7)	41 (%15,1)
İletişim sorunları	104 (%38,1)	39 (%14,3)	72 (%26,3)	22 (%8,1)	36 (%13,2)
Görev tanımı ile ilgili sorunlar	153 (%56,1)	36 (%13,2)	36 (%13,2)	14 (%5,2)	34 (%12,4)
Ölümle sık karşılaşma	59 (%21,7)	44 (%16,1)	69 (%25,3)	46 (%16,9)	55 (%20,2)
Yoğun bakımda çalışmaya bağlı sağlık sorunları yaşamak (n=272)	116 (%42,7)	53 (%19,5)	45 (%16,6)	31 (%11,4)	27 (%9,9)
Yöneticilerle ilişkilerde yaşanan sorunlar	90 (%33)	48 (%17,6)	62 (%22,8)	31 (%11,4)	42 (%15,4)
Tedavi ekibi ile ilgili sorunlar (n=272)	86 (%31,6)	45 (%16,6)	54 (%19,9)	39 (%14,4)	48 (%17,7)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 3. Yoğun Bakım Türüne Göre Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

	Yoğun Bakım Türü						p
	Anestezi ve Reanimasyon YBÜ	Dahiliye YBÜ	KVC YBÜ	Yenidoğan YBÜ	Çocuk YBÜ	Diğer	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Yaşanan etik sorunlar	3,85±3,12 (2,5)	6,53±3,8 3 (8)	3,38±2,1 8 (4)	3,69±3,07 (3)	2,66±2, 82 (1)	3,4±3,24 (2)	0,01 1*
İş yoğunluğu	3,33±3,06 (2)	2,76±3,1 1 (1)	4±2,77 (5)	2,26±2,55 (1)	1,72±1, 75 (1)	2,75±2,8 (1)	0,00 2*
Fiziksel koşulların kötü olması	3,79±2,75 (3)	4,65±3,8 7 (4)	5,08±2,0 2 (6)	3,52±2,9 (2)	3,75±3, 53 (2)	5,08±2,9 1 (5)	0,15 1
Malzeme yetersizliği veya kalitesizliği	4,13±2,94 (4)	5,24±3,0 5 (5)	4,62±2,8 4 (5)	4,47±3,32 (4)	4,38±3, 74 (3)	4,67±2,9 9 (4,5)	0,76 6
Teknolojik ürünlerin fazla kullanılması	5,99±2,63 (5)	6,76±3,4 4 (8)	6,15±3,4 6 (7)	5,37±3,42 (5)	4,59±3, 74 (3,5)	6,33±3,1 7 (6,5)	0,19 2
Gürültülü ve kapalı ortamda çalışma zorunluluğu	4,2±2,94 (4)	5,76±3,4 4 (5)	3,15±1,6 8 (4)	3,41±2,88 (2)	3,28±2, 87 (2)	3,75±2,7 7 (3)	0,04 3*
Eleman sayısındaki yetersizlik	2,89±3,07 (1)	2,82±2,7 2 (1)	3,23±2,5 2 (2)	2,83±2,92 (1)	2,56±2, 71 (1)	3±3,16 (1)	0,90 2
Elemanların niteliğindeki yetersizlik	4,3±2,92 (4)	6,47±3,2 2 (5)	4,23±3,0 9 (4)	4,14±2,9 (4)	2,69±2, 67 (1)	5,25±3,1 1 (6)	0,00 1*
Riskli durumların fazla olması	3,36±2,54 (3)	5,19±3,0 4 (5)	1,62±1,1 9 (1)	2,64±2,49 (1)	2,53±2, 87 (1)	3,67±1,8 7 (4)	0,00 0*
Kritik hasta bakımının getirdiği stres ve yük	3,37±2,62 (3)	4,76±3,0 9 (4)	2,77±2,6 5 (1)	2,76±2,76 (1)	2,63±3 (1)	2,83±2,0 4 (2,5)	0,00 6*

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Hasta yakınları ile ilgili sorunlar	4,85±2,84 (5)	5,59±3,0 2 (5)	6,08±2,6 6 (7)	4±2,91 (3)	4,44±3, 25 (4,5)	3,33±2,1 9 (2,5)	0,04 3*
Çalışma şekli	3,48±2,93 (2)	4,82±3,3 4 (5)	4,31±3,1 7 (4)	3,68±3,44 (2)	2,53±2, 85 (1)	3,83±3,4 9 (2)	0,11 5
İletişim sorunları	4,18±2,93 (4)	6,24±2,3 6 (5)	5,23±2,2 8 (5)	4,71±3,17 (5)	2,66±2, 35 (1)	3,92±2,1 1 (3,5)	0,00 0*
Görev tanımı ile ilgili sorunlar	3,25±2,85 (2)	5±3,3 (5)	1,92±2,2 2 (1)	3,06±2,76 (1)	2,66±2, 77 (1)	5,25±3,7 9 (5)	0,00 3*
Ölümle sık karşılaşma	5,64±2,76 (5)	6,24±3,3 1 (6)	7±2,2 (7)	5,35±3,11 (5)	3,78±3, 23 (2)	5,33±2,9 3 (5)	0,01 3*
Yoğun bakımda çalışmaya bağlı sağlık sorunları yaşama	4±2,88 (3)	4,24±3,4 (3)	3,77±2,5 2 (3)	4,21±3,08 (4)	2,22±2, 15 (1)	3,83±2,6 6 (3)	0,01 0*
Yöneticilerle ilişkilerde yaşanan sorunlar	4,51±2,69 (5)	6±3,14 (5)	5,54±2,4 (5)	4,7±3,3 (4)	3,19±2, 96 (1)	5,42±3,0 3 (5)	0,01 0*
Tedavi ekibi ile ilgili sorunlar	4,54±2,84 (5)	6,94±3,4 7 (8,5)	5,31±2,0 2 (5)	5,48±3,31 (5)	3,06±2, 77 (2)	4,67±3,6 8 (3,5)	0,00 1*

Kruskal Wallis Test * $p<0.05$

Kaynaklar

1. Kaya N, Terzi B. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011; 1: 21-5.
2. Bitek D.E, Akyol A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 2017; 21(1):1-6.
3. Turgay M.Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde stres. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 2001; 5 (2): 80-82.
4. Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 7.Basım. İstanbul: Beta Basımevi, 2001;267.
5. Arslan GG, Eşer İ. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyum ve motivasyonu. Çınar Dergisi 2002; 8 (2): 40-44.
6. Ulrich BT, Lavandero R, Hart K, Woods D, Legget J, Taylor D. Critical care nurses work environments: a baseline status report. Critical Care Nurse 2006; 26 (5): 46-57.
7. Yıldız N (2001). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2006. p. 24-57.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

9. Nazik H, Bayazıt A. İletişime Giriş. İnsan İlişkileri ve İletişim. 1.Baskı. İstanbul: Ya-Pa Yayınları; 2005. p.103-14.
10. Üstün B, Akgün E, Partlak N. İletişimi Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. 1. Baskı. İzmir: Okullar Yayınevi; 2005. p.7-40.
11. Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2007;15(59):68-74.
12. Karadağ S, Taşçı S. Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):13-21.
13. Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlüklerin ve Çözüm Önerilerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(3):40-50.

S-04

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Malpraktis'e Eğilimlerinin Kendini Sabotaj ile İlişkisinin İncelenmesi

Gülçin Bozkurt¹,

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Giriş-Amaç: Yoğun bakım hemşirelerinde başarısızlık algısı (Kendini sabotaj) tıbbi hatası yaratan bir faktör olarak gösterilmiştir. Önlenebilir tıbbi hatalara katkıda bulunabilecek ya da bunlara karşı koruma sağlayabilecek başarısızlık algısının belirlenmesi önemlidir. Çalışmanın amacı yoğun bakım hemşirelerinin malpraktis'e eğilimlerinin kendini sabotaj ile ilişkisinin incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki araştırma verileri Şubat-Temmuz 2018 tarihleri arasında elde edildi. Araştırmanın evrenini; üç üniversite hastanesi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan 647 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 289 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır. Çalışma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, Hemşirelikte Tıbbi Hatalara Eğilim Ölçeği ve Kendini Sabotaj Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kendini sabotaj Ölçeğin güvenirlik katsayısının .74 olarak ve Hemşirelikte Tıbbi Hatalara Eğilim Ölçeği güvenirlik katsayısının .94 olarak bulundu. Çalışmada istatistiksel analizlerde; yüzde, ortalama, standart sapma, minimumlar ve maksimum, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ve korelasyon kullanılmıştır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Bulgular: Çalışma grubundaki hemşirelerin %77,9'u kadın, yaş ortalaması $29,39 \pm 5.8$ ve yoğun bakımda ortalama 5.18 ± 5.1 yıl çalışmakta idi. Erkek hemşireler ($Z;p=-2.838; .005$), bekar hemşireler ($Z;p=-3.326; .001$), yoğun bakımda çalışmaktan memnun olanların ($Z;p=-3.833; .000$) ve yoğun bakımda ayrılmayı düşünmeyenlerin ($Z;p=-2.344; .019$) malpraktise eğilimi düşük bulunmuştur. Yaş ($r;p=,159; .007$) ve yoğun bakımda çalışma süresi ($r;p=,198; .001$) ile malpraktis'e eğilim arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. Çalışma süresi ile kendini sabotaj arasında ise negatif yönde ($r;p=-,123; 0,040$) bir ilişki olduğu belirlendi.

Malpraktis'e eğilim ölçeği alt boyutlarından; ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($r;p=-,239; .000$), hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($r;p=-,178; .003$), hastane enfeksiyonları ($r;p=-,150; .012$), iletişim ($r;p=-,171; .00$) ve malpraktis'e eğilim ölçeği genel puanları ($r;p=-,220; .000$) ile kendini sabotaj arasında negatif yönde çok yüksek bir ilişki olduğu saptandı.

Sonuç: Erkek hemşireler ve yoğun bakımda çalışmaktan memnun olan hemşirelerin malpraktis eğilimi düşüktür. Yaş, meslekte çalışma süresi arttıkça malpraktis'e eğilimi artmaktadır. Meslekte çalışma süresi artıkça kendini sabotaj azalmaktadır. Kendini sabotaj eğilimi düşük hemşirelerin Malpraktis'e eğilimi de düşüktür.

Examination of the Relationship Between Self-Handicapping with Malpractice Tendencies of Intensive Care Nurses

Gülçin Bozkurt¹

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu

Introduction-Objective: Failure perception (Self-Handicapping) in critical care nurse has been frequently shown as a contributing factor to malpractice. There is determined the failure perception (Self-Handicapping) that can important to protect against, preventable medical errors. Aim of this study is to examine the relationship between self-handicapping with malpractice tendency of the intensive care nurses

Method: The data of this descriptive and cross-sectional study were obtained between February-July 2018. The study's universe consisted of 647 nurses working in three university hospitals and two Education Research Hospitals affiliated to the Ministry of Health. It was aimed to reach the entire

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

universe, not to choose the sample. The research was completed with 289 nurses who agreed to participate in the research. Data were collected using a questionnaire form prepared by the researchers, Malpractice Trend Scale in Nursing and Self-Handicapping Scale in Nursing. The reliability coefficient was found the Self-Handicapping Scale as .74 and the Medical Error Trends Scale of Nursing Scale as .94. In the study; percentages, means, standard deviations, minimums and maximums, Kruskal Wallis, Mann Whitney U tests and correlation were used in statistical analysis.

Results: Nurses in the study group were female of 77.9%, the mean age was 29.39 ± 5.8 and the mean intensive care unit was 5.18 ± 5.1 years. Male nurses ($Z; p = -2.838; .005$), single nurses ($Z; p = -3.326; .001$), those who were satisfied with working in the intensive care unit ($Z; p = -3.833; Z; p = -2.344; .019$) malpractice tendency was found to be low. It was determined that there was a positive correlation between age ($r; p = .159; .007$) and intensive care study period ($r; p = .198; .001$) and trend toward malpractice. The relationship between the duration of the study and self-handicapping was negative ($r; p = -.123; .040$).

Malpractice tendency subscales; medication and transfusion applications ($r, p = -.239; .000$), patient monitoring and material safety ($r, p = -.178; .003$), hospital infections ($r; R, p = -.220; .000$) and self-handicapping were found to be highly correlated on the negative side .

Conclusion: Malpractice tendency of male nurses and nurses who are satisfied with working in ICU is low. As age increases, the tendency towards malpractice increases. The duration of vocational training is reduced by self-handicapping. Nurses who tend to self-handicapping themselves are also less inclined to malpractice.

Keywords: Intensive Care, malpractice, self-handicapping, nurse, medical error.

Examination of the Relationship Between Self-Handicapping with Malpractice Tendencies of Intensive Care Nurses

Gülçin Bozkurt¹,

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu

Introduction-Objective: Failure perception (Self-Handicapping) in critical care nurse has been frequently shown as a contributing factor to malpractice. There is determined the failure perception (Self-Handicapping) that can important to protect against, preventable medical errors.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Aim of this study is to examine the relationship between self-handicapping with malpractice tendency of the intensive care nurses

Method: The data of this descriptive and cross-sectional study were obtained between February-July 2018. The study's universe consisted of 647 nurses working in three university hospitals and two Education Research Hospitals affiliated to the Ministry of Health. It was aimed to reach the entire universe, not to choose the sample. The research was completed with 289 nurses who agreed to participate in the research. Data were collected using a questionnaire form prepared by the researchers, Malpractice Trend Scale in Nursing and Self-Handicapping Scale in Nursing. The reliability coefficient was found the Self-Handicapping Scale as .74 and the Medical Error Trends Scale of Nursing Scale as .94. In the study; percentages, means, standard deviations, minimums and maximums, Kruskal Wallis, Mann Whitney U tests and correlation were used in statistical analysis.

Results: Nurses in the study group were female of 77.9%, the mean age was 29.39 ± 5.8 and the mean intensive care unit was 5.18 ± 5.1 years. Male nurses (Z ; $p = -2.838$; .005), single nurses (Z ; $p = -3.326$; .001), those who were satisfied with working in the intensive care unit (Z ; $p = -3.833$; Z ; $p = -2.344$; .019) malpractice tendency was found to be low. It was determined that there was a positive correlation between age (r ; $p = .159$; .007) and intensive care study period (r ; $p = .198$; .001) and trend toward malpractice. The relationship between the duration of the study and self-handicapping was negative (r ; $p = -.123$; 0.040).

Malpractice tendency subscales; medication and transfusion applications (r , $p = -.239$; .000), patient monitoring and material safety (r , $p = -.178$; .003), hospital infections (r ; (R , $p = -.220$; .000) and self-handicapping were found to be highly correlated on the negative side .

Conclusion: Malpractice tendency of male nurses and nurses who are satisfied with working in ICU is low. As age increases, the tendency towards malpractice increases. The duration of vocational training is reduced by self-handicapping. Nurses who tend to self-handicapping themselves are also less inclined to malpractice.

Keywords: Intensive Care, malpractice, self-handicapping, nurse, medical error.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

S-05

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kaliteli Yaşam Algısı Hasta Güvenliği Kültür Algısını Nasıl Etkiler?

Sevgi VERMİŞLİ PEKER, Uzm. Hem., Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma, İzmir, +90 5332240043, sevgi0535@yahoo.com

Fatma DEMİR KORKMAZ, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, +90 5353115506, demir.fatos@gmail.com

Bilgen ULAMIŞ, Uzm. Hem., Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma, İzmir, +90 5056481979, bilgenbilgen@gmail.com

Gülten BİÇERİSOY, Uzm. Hem., Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İzmir, +90 5558891790, gultenben@gmail.com

Giriş ve Amaç: DSÖ' nün yaşam kalitesi tanımına göre bireylerin iş ve çalışma yaşantısına ait özellikler yaşam kalitesini, yaşam kalitesi algısı ise bireylerin motivasyon ve hizmet sunum kalitesini etkilemektedir (WHO). Bu çalışmanın amacı, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısı (KYA) ile hasta güvenliği kültürü algısı (HGKA) arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, çözümleyici ve kesitsel tipteki bu araştırma Haziran 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasından T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet veren yoğun bakım ünitelerinde, etik kurul onayı alındıktan sonra yürütülmüştür. Veriler Olgu Rapor Formu (ORF), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veri analizinde; sürekli ve sayımla elde edilen değişkenlerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. HGKÖ alt boyutları ve toplam ölçek puanı ile WHOQOL-BREF alt boyut puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan toplam 143 yoğun bakım hemşiresinin yaş ortalaması 33.63 ± 6.29 olup %61.9' u lisans mezunudur. Hemşirelerin %30.8' inin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %49.72 sinin meslekteki toplam çalışma süresinin 6-15 yıl arasında olduğu ve %34.3' ünün yaptığı işten çoğunlukla memnun olduğu belirlendi. Hemşirelerin WHOQOL-BREF ölçeği alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; fiziksel alan 64.04 ± 14.98 , psikolojik alan 64.88 ± 12.96 , sosyal alan 59.38 ± 16.09 , evrensel alan 56.25 ± 13.02 olarak belirlendi. Hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 2.69 ± 0.38 , alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; yönetim ve liderlik 2.65 ± 0.38 , çalışan davranışı 2.59 ± 0.37 , beklenmedik olay ve hata raporlama 2.68 ± 0.49 , çalışan eğitimi 2.78 ± 0.51 , bakım ve teknoloji 2.74 ± 0.57 olarak

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

belirlendi. Hemşirelerin HGKÖ yönetim liderlik alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF fiziksel alan alt boyut puanı, HGKÖ bakım teknoloji alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF psikolojik alan ve evrensel alan alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi.

Sonuç: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin KYA ve HGKA' nın orta düzeyde olduğu saptandı. YBÜ hemşirelerinin KYA ve HGKA arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ)' de, yoğun stres altında hızlı karar alması gereken çok sayıda sağlık profesyoneli çalışmakta (1), hasta güvenliği olaylarına karşı savunmasız ve kritik bakıma ihtiyacı olan hastalar bulunmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi (YK); "bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları" dır (3). Sağlık profesyonellerinin YK, sağlık hizmeti sunum kalitesini etkileyen önemli faktörlerdendir (4). Çalışma ortamı ve bireylerin sağlığı birbiri ile karşılıklı etkileşim halindedir (5). Hemşirenin YK' i azaltan yoğun ve yorucu birimlerde çalışması YK' i olumsuz etkilemektedir (6).

Karmaşık durumlarda kritik düşünebilen, soğukkanlı ve hızlı karar verebilen YBÜ hemşireleri, HGK sağlanması açısından önemlidir (7, 1). HGKA, hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları ile doğrudan ilişkilidir (8). HGKA toplumdan topluma değişebilmekte (9), çalışma ortamının getirdiği karar verme yetkisine sahip olma, iş tatmini, ücret ve çalışma koşullarından memnuniyet, mesleki statüden memnuniyet gibi faktörlerden de etkilenmektedir (10). HGK oluşturulmasında sosyodemografik özellikler ile birlikte sağlık çalışanlarının YK' nin de belirleyici bir faktör olacağı düşüncesinden yola çıkarak yapılan bu çalışmanın amacı, YBÜ hemşirelerinin KYA ile HGKA arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı, çözümleyici ve kesitsel tipteki bu araştırma, Haziran-Temmuz 2018 tarihleri arasından ege bölgesinde hizmet veren bir eğitim araştırma hastanesinin YBÜ' lerinde yürütüldü. İlgili kurumun hemşire ve ebe kadrosunda YBÜ hemşiresi olarak görev yapan 205 kişi arasından YBÜ' de en az 3 aydır çalışan ve araştırmaya katılmaya istekli olan 143 kişi araştırma kapsamına alındı.

Verilerin toplandığı anket formunun ilk bölümünde literatürden yararlanılarak hazırlanan Olgu Rapor Formu (ORF), ikinci bölümünde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla DSÖ tarafından geliştirilen YK Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve üçüncü bölümünde Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) yer almaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği bulunan WHOQOL-BREF, yaşlı olmayan yetişkin bireylerde fiziksel alan (FA), psikolojik alan (PA), sosyal alan (SA) ve evrensel alan (EA) düzeyinde iyilik hallerini ölçen, 5'li likert tipte bir ölçektir. Her bir alan birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki YK ifade eder, ölçeğin toplam skoru yoktur. Puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (11). Türkmen ve ark. (2011) tarafından geliştirilen ve hemşirelerde geçerlilik ve güvenilirliği yapılan HGKÖ, 4' lü likert tipte olup yönetim ve liderlik (YL), çalışan davranışı (ÇD), beklenmedik olay ve hata raporlama (BOHR), çalışanların eğitimi (ÇE) ve bakım ortamı (BO) şeklinde 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi, "olumlu HGK", 1'e doğru azalması, "olumsuz HGK" varlığını göstermektedir. HGKÖ' nin toplam cronbach alfa katsayısı 0.97 iken, alt boyutlarının cronbach alfa katsayılarının 0.83-0.97 arasında değiştiği bildirilmektedir (12).

Verilerin analizi SPSS 23,0 paket programında, normallik dağımı Shapiro-Wilk testi, tanımlayıcı istatistikler ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak yapıldı. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman

korelasyon analizi ile test edildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi. Kurum yöneticilerinden ve ARGE biriminden yazılı olur alındıktan sonra kurumun bilimsel etik kurulundan 13.06.2018 tarihinden onay (Karar No:16) alındı.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin %54.5'i 30 yaş ve altı olup yaş ortalaması 33.63 ± 6.29 ve %61.9' u lisans mezunudur (Tablo 1). Hemşirelerin %79.7' si 5 yıl ve daha az süredir yoğun bakımda, %30.8'i reanimasyon YBÜ' de çalışmakta, %34.3' ü yaptığı işten çoğunlukla memnun, %56.6' sı hemşirelik mesleğini sevmekte ve hastanenin sosyal olanaklarından tamamen memnun hemşire bulunmamaktadır (Tablo 2). WHOQOL-BREF-FA puanı; lisansüstü eğitim düzeyinde, hastane olanaklarından kısmen ve aldığı ücretten tamamen memnun olanlarda daha yüksek iken SML mezunu ve geliri giderine eşit olanlarda daha düşüktü. WHOQOL-BREF-PA puanı; lisansüstü eğitim düzeyinde, hastane olanaklarından kısmen ve aldığı ücretten memnun olanlarda daha yüksek iken yaptığı işten çok az memnun olan, mesleğini sevmeyen ve geliri giderine eşit, aldığı ücretten ve hastane olanaklarından memnun olmayanlarda anlamlı düzeyde daha düşüktü. WHOQOL-BREF-SA puanı, anestezi reanimasyon YBÜ' de çalışan ve mesleğini sevmeyenlerde anlamlı düzeyde daha düşüktü. WHOQOL-BREF-EA puanı mesleğini seven, geliri giderinden fazla, hastanenin sosyal olanaklarından memnun olanlarda oldukça yüksek iken SML mezunu ve yaptığı işten çok az memnun olanlarda düşüktü (Tablo 3). Hastanenin sosyal olanaklarından memnuniyeti yüksek olan ve mesleğini sevenlerde HGKÖ-ÇE dışında tüm alt ölçeklerden alınan puanlar daha yüksekti. Aldığı ücretten memnun olanların HGKÖ-YL, BT alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanı daha yüksekti. Hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumu BT alt ölçek puanı açısından anlamlı değilken yaptığı işten çoğunlukla memnun olanların toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları daha yüksekti. Yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça BT alt ölçeğinden alınan puan artmakta olup toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir fark göstermemektedir. Yenidoğan-çocuk YBÜ ve reanimasyon YBÜ' de çalışan hemşirelerin alt ölçek ve toplam ölçek puanları diğer YBÜ' de çalışanlardan daha yüksek olup BOHR alt ölçek puanı açısından birimler arası anlamlı fark bulunmamaktadır. Gelir durumunun yüksek olması BOHR alt ölçek puanını açısından gruplar arası fark oluşturmazken diğer alt ölçek puanları ile arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Lisansüstü eğitim seviyesinde olmak hemşirelerin BOHR alt ölçek puanı dışında diğer alt ölçeklerden alınan puanları ve toplam ölçek puanını anlamlı düzeyde arttırmıştır. Erkek cinsiyetinde olmak YL ve BT alt ölçeklerinden alınan puanları arttırmış olup cinsiyet değişkeni diğer alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanını etkilememiştir (Tablo 4). Hemşirelerin HGKÖ-YL puanı ile WHOQOL-BREF-FA puanı, HGKÖ-BT puanı ile WHOQOL-BREF-PA ve EA alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmaktadır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Uluslararası literatür incelendiğinde, yoğun bakım hemşirelerinin HGKA değerlendirilmek amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır (9,13,14,15,16,17,18). Ülkemizde aynı amaçla yapılan sınırlı sayıda çalışma (19,20) bulunmakla birlikte HGKÖ' nün yalnızca bir çalışmada kullanıldığı görülmektedir (20). Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin KYA ile HGKA arasındaki ilişki, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri doğrultusunda tartışıldı.

Hemşirelerin HGKÖ ile WHOQOL-BREF ölçeklerinden aldıkları puanlar orta düzeyin üzerindedir. Hemşirelerin eğitim ve gelir durumu, çalıştıkları bölüm, iş ve ücret memnuniyeti, mesleğini sevmeye ve hastanenin sosyal olanaklarından memnun olma durumları KYA ve HGKA düzeyi ile pozitif korelasyon göstermektedir. YBÜ' de çalışma süresi, cinsiyet ve çalışma biçimi de HGKA' nı pozitif yönde etkileyen diğer faktörlerdir. Hemşirelerin YK' ni etkileyen faktörlerin iyileştirilmesine yönelik yapılacak düzenlemeler ile hemşirelerin HGKA' da iyileşme sağlayacağı düşünülmektedir. Hemşirelerin aldıkları ücretlerin istendik düzeye getirilmesi halinde yaptıkları işten memnuniyet oranının artacağı ön görülmektedir. Ülkemizde hemşirelik eğitim düzeyi yakın geçmişte lisans düzeyi seviyesinde standart hala getirilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, eğitim seviyesinin en az lisans düzeyinde olması ile birlikte hemşirelikte uzmanlaşmanın gerekliliğini de destekler niteliktedir. Yoğun bakım hemşirelerinin KYA ve HGKA' yı belirlemeye yönelik daha büyük örneklemde ve farklı kurumlarda planlanan başka çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Farklı kurumlarda YBÜ hemşirelerinin HGKA ve KYA' nı etkileyen faktörlerin belirlenerek ülkemizde HG konusunda farkındalığın ve hemşirelerin YK düzeyinin artırılması, zaman içinde değişimin takip edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

SONUÇ

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısı ve hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olduğu saptandı. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısı ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

KAYNAKLAR

1. Ramya KR. Patient safety culture in intensive care units. Asian Journal of Nursing Education and Research. 2017 Oct 1;7(4):509-14. Doi:10.5958/2349-2996.2017.00100.8.
2. Vifladdt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing. 2016 Oct 1;36: 26-34. Doi: 10.1016/j.iccn.2016.03.004.
3. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>, Erişim tarihi: 16.06.2018
4. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, Sung YH. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. International journal of nursing studies. 2016 Aug 1;60: 263-71. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009).

5. Çatak T, Bahçecik N. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. MÜSBED 2015;5(2): 85-95. DOI: 10.5455/musbed.20150309010354
6. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, McGuire W, Sicotte C, Champagne F. Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces?. Occupational medicine. 2005 Jan 1;55(1): 54-9. [Doi: 10.1093/occmed/kqi009](https://doi.org/10.1093/occmed/kqi009)
7. Gündoğdu SK, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2012;15(2): 119-28.
8. Erkul M, Bilişli Y, Tüm NÖ. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısı: Üniversite hastanesi örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015; 3 (12): 330-7.
9. Armellino D, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. Journal of Nursing Management. 2010 Oct 1;18(7):796-803. Doi: [10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x)
10. Mwachofi A, Walston SL, Al-Omar BA. Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. International journal of health care quality assurance. 2011 May 3;24(4):274-83. Doi: [10.1108/09526861111125589](https://doi.org/10.1108/09526861111125589)
11. Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatrik Farmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.
12. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., & Altuntaş, S. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 14(4).
13. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM, Angus DC. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. Critical care medicine. 2007 Jan 1;35(1):165-76. doi: 10.1097/01.CCM.0000251505.76026.CF
14. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. Pediatric Critical Care Medicine. 2011 Nov 1;12(6):e310-6. doi: 10.1097/PCC.0b013e318220afca
15. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Persenius M, Hedelin B. Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing. 2014 Aug 1;30(4):179-87. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.03.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002).
16. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Greal B, Elderkin T, Brittin M, McCutcheon C, Longbottom P, Thalib L. CNE Article: Safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. American Journal of Critical Care. 2013 Mar 1;22(2):93-102. Doi: 10.4037/ajcc2013722.

17. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. Journal of nursing management. 2015 Apr 1;23(3):333-45. Doi: [10.1111/jonm.12135](https://doi.org/10.1111/jonm.12135).
18. Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim EM. Nurses' Handoff and Patient Safety Culture in Perinatal Care Units. Journal of clinical nursing. 2018; 27 (7-8): e1442-e1450. Doi: [10.1111/jocn.14260](https://doi.org/10.1111/jocn.14260).
19. Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2016; 3(1):1-7. DOI: [10.5222/SHYD.2016.001](https://doi.org/10.5222/SHYD.2016.001).
20. Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., As, T., & Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1): 9-15.

S-06

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Gülçin Bozkurt¹, Duygu Sönmez Düzkaya², Besey Ören³, Neriman Zengin¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş-Amaç: Aile merkezli bakım, ailelerin bireysel ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı bir sağlık yaklaşımıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini incelenmektedir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki araştırma verileri online ortamda elde edildi. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden, veri toplama için ayrılan sürede online ortamda anket formunu tamamlayan 233 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan "Anket Formu" ile elde edildi.

Bulgular: Hemşirelerin yarıdan çoğu (%68.7) yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım konusunda protokoller ve %38'i aileye bilgi sağlayan dokümanların olmadığını bildirdi. Hemşirelerin yaklaşık yarısı aile merkezli bakımın desteklendiğini (%58.8) ve ailenin bakıma katılmasına izin verildiğini (%44.6) belirtti. Bakımın planlanması ve sunulmasında aileler ile işbirliği yapanların oranı (%38,6) düşük idi. Hemşirelerin %74,2'ü yoğun bakımda ziyaret gün ve saatlerinin sınırlı olduğunu ifade etmiş ve ünitelerinde uygulanan ziyaret gün ve saatlerini yeterli (%62.7) bulmuştu. Esnek ziyaret uygulanabileceğini (%44.6) bildiren hemşire oranı düşük idi.

Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım uygulamaları istendik düzeyde değildir. Yoğun bakım hemşireleri arasında aile merkezli bakım konusunda görüş birliği oluşmamıştır. Yoğun bakım ünitelerinde

ziyaret politikaları belirlenirken, esnek ziyaret politikasının hasta ve aile sonuçlarına etkisi hatırlanmalı ve esnek ziyaret benimsenmelidir.

ABSTRACT

Opinions of Intensive Care Nurses about Family-Centered Care

Background: Family-centered care as a healthcare approach that respects the individual needs and values of families.

Objectives: The opinions of intensive care nurses regarding family-centered care are studied.

Methods: The data of this descriptive and cross-sectional study were obtained through an online questionnaire. No sampling procedure was employed; instead, 233 intensive care nurses who participated in the online questionnaire within the time allocated for data collection made up the sampling of the study. The online 'questionnaire form', which was used to collect the data, was designed by the researchers in line with the related literature.

Results: More than half of the nurses (68.7%) reported that there were no protocols for family-centered care in intensive care units, and 38% stated that documents providing information for families were lacking in the units. Nearly half of the nurses reported that family-centered care was supported (58.8%) and families were allowed to participate in the care (44.6%). The percentage of those who collaborated with families in planning and providing care (38.6%) was low. 74.2% of the nurses said that the days and hours of the visits were limited in the intensive care unit, while 62.7% found days and hours of the visits in their units adequate. 44.6% of the nurses reported that flexible visits could be applied.

Conclusion: Family centered-care practices in intensive care units are not at the desired level. There is no consensus on family-centered care among intensive care nurses. When visiting policies are established for intensive care units, the effect of flexible visiting policies on patient and family outcomes should be remembered, and flexible visits should be adopted.

Keywords: Family-centered care, intensive care, nursing

S-07

Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ¹, Prof. Dr. Nurten KAYA²

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Tıbbi sorunların yanı sıra yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul süreci, hastaların fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bu çalışma YBÜ'ye planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün, hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Randomize kontrollü deneysel tipteki araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin YBÜ'ye kabulü planlı olan toplam 873 hasta oluşturdu ve toplam 100 hastayla (50 deney, 50 kontrol) araştırma gerçekleştirildi. Araştırmada Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu, Ağrı Ölçekleri (Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Davranışsal Ağrı Ölçeği), APACHE II, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası, Genel Konfor Ölçeği kullanıldı. YBÜ'ye kabulde ve 24. saatte deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra, deney grubunun konfor düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$). Elde edilen bulgular doğrultusunda kurumlara özgü "YBÜ'ye planlı kabul protokolü" geliştirilmesi önerilmektedir.

GİRİŞ

Bilim ve sanattan oluşan hemşireliğin temel işlevlerinden biri de rahatlatma yani konfor sağlamaktır (Kolcaba ve Steiner, 2000). Hasta konforunun sağlanması gereken en önemli bakım ve tedavi ünitelerinden olan YBÜ'leri gerek ortamı gerekse üniteye uygulanan girişimler ve bakım davranışları açısından diğer alanlardan oldukça farklıdır (Terzi ve Kaya, 2011). Bu nedenlerden dolayı YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyler korku ve anksiyete yaşayabilir, konfor düzeyleri olumsuz şekilde etkilenebilir (Herr ve ark. 2006; Ma ve ark. 2010). Hasta bireylerin YBÜ'de kaldıkları sürece konfor düzeylerinin yükseltilmesi için üniteye kabulü planlı olan hasta bireylere yönelik planlı kabul protokollerinin uygulanmasının yarar sağlayabileceği belirtilmektedir (Scott, 2004).

GEREÇ VE YÖNTEM

Randomize ve kontrollü deneysel tipteki çalışma YBÜ'ye planlı kabul öncesi uygulanan kabul protokolünün hastanın konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce gerekli olan tüm yazılı izinler ve araştırmanın yürütüldüğü hastanenin etik kurulundan yazılı ve onaylı izin alındı. Araştırmanın evreninin bir üniversite hastanesinin YBÜ'ye kabulü planlı olan toplam 873 hasta oluşturdu. Power analizi yapılarak %80'lik bir güç ($\alpha = 0,05$, $1-\beta = 0,80$) ile 100 olguyla (50 deney ve 50 kontrol) araştırma tamamlandı. Örneklem seçim kriterlerine uyan olguların kontrol ya da deney grubuna seçilmesinde karar vermek için bilgisayar programı ile oluşturulan randomizasyon planı kullanıldı. Araştırmanın verileri hasta bilgi formu, hasta değerlendirme formu, Davranışsal ve Sayısal Ağrı Ölçekleri, APACHE II, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) ve Genel Konfor Ölçeği ile toplandı.

BULGULAR

Planlı kabul protokolü ve kurumun rutin kabul işlemleri uygulanmadan önce, bireysel özellikler, konforu etkileyen faktörler ve fizyolojik parametreler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). YBÜ'ye kabulde ve 24. saatte deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra, deney grubunun konfor düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

TARTIŞMA

Yoğun bakım ortamı hasta bireylerin iyileşme sürecini, YBÜ'de kalış süresini ve YBÜ'den taburcu edildikten sonraki yaşantısını etkileyebilmektedir (Alaca ve ark., 2011; Berg ve ark., 2006; Ma ve ark., 2010; Tate ve ark., 2011; Terzi ve Kaya, 2011). YBÜ'ye kabul protokolüne göre uygulanacak bakım girişimlerinin hasta bireylerin konfor düzeylerini ve fizyolojik parametrelerine olumlu etkilerinin olabileceği varsayıldı. Bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışmada olgulardan planlı kabul protokolü uygulanan deney grubunda konfor düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi. Literatürde hasta bireylere biri girişim öncesi verilen eğitimlerin konfor düzeyi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır (Balci ve Enç, 2013; Çelik, 2013; Karabacak, 2004; Karayurt, 1998).

SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulaması hastaların fizyolojik parametrelerini etkilemezken konfor düzeyini etkileyebilir.

KAYNAKLAR

- Alaca, Ç., Yiğit, R., Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
- Balci, A., Enç, N. (2013). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 41-50.
- Berg, A., Fleischer, S., Koller, M. ve Neubert, T. R. (2006). Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 5(4), 1-7.
- Çelik, S. (2013). Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 325-330.
- Herr, K., Coyne, P.J., Manworren, R. et al. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.

- Karabacak, Ü. (2004). *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Karayurt, Ö. (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 20-26.
- Kolcaba, K., Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Kolcaba, K., Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Ma, P., Liu, J., Xi, X., Du, B., Yuan, X., Lin, H., Wang, Y., Su, J., Zeng, L. (2010). Practice of sedation and the perception of discomfort during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, 451-457.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9(2), 72-79.
- Tate, J.A., Dabbs, A.D., Hoffman, L.A., et al. (2011). Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qualitative Health Research*, XX(X), 1-17 (DOI: 10.1177-/1049732311421616).
- Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 9(1), 34-45.

S-08

Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ¹, Prof. Dr. Nurten KAYA²

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Tıbbi sorunların yanı sıra yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul süreci, hastaların fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bu çalışma YBÜ'ye planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün, hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Randomize kontrollü deneysel tipteki araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin YBÜ'ye kabulü planlı olan toplam 873 hasta oluşturdu ve toplam 100 hastayla (50 deney, 50 kontrol) araştırma gerçekleştirildi. Araştırmada Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu, Ağrı

Ölçekleri (Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Davranışsal Ağrı Ölçeği), APACHE II, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası, Genel Konfor Ölçeği kullanıldı. YBÜ'ye kabulde ve 24. saatte deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra, deney grubunun konfor düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$). Elde edilen bulgular doğrultusunda kurumlara özgü "YBÜ'ye planlı kabul protokolü" geliştirilmesi önerilmektedir.

GİRİŞ

Bilim ve sanattan oluşan hemşireliğin temel işlevlerinden biri de rahatlatma yani konfor sağlamaktır (Kolcaba ve Steiner, 2000). Hasta konforunun sağlanması gereken en önemli bakım ve tedavi ünitelerinden olan YBÜ'leri gerek ortamı gerekse üniteye uygulanan girişimler ve bakım davranışları açısından diğer alanlardan oldukça farklıdır (Terzi ve Kaya, 2011). Bu nedenlerden dolayı YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyler korku ve anksiyete yaşayabilir, konfor düzeyleri olumsuz şekilde etkilenebilir (Herr ve ark. 2006; Ma ve ark. 2010). Hasta bireylerin YBÜ'de kaldıkları sürece konfor düzeylerinin yükseltilmesi için üniteye kabulü planlı olan hasta bireylere yönelik planlı kabul protokollerinin uygulanmasının yarar sağlayabileceği belirtilmektedir (Scott, 2004).

GEREÇ VE YÖNTEM

Randomize ve kontrollü deneysel tipteki çalışma YBÜ'ye planlı kabul öncesi uygulanan kabul protokolünün hastanın konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce gerekli olan tüm yazılı izinler ve araştırmanın yürütüldüğü hastanenin etik kurulundan yazılı ve onaylı izin alındı. Araştırmanın evreninin bir üniversite hastanesinin YBÜ'ye kabulü planlı olan toplam 873 hasta oluşturdu. Power analizi yapılarak %80'lik bir güç ($\alpha= 0,05$, $1-\beta= 0,80$) ile 100 olguyla (50 deney ve 50 kontrol) araştırma tamamlandı. Örneklem seçim kriterlerine uyan olguların kontrol ya da deney grubuna seçilmesinde karar vermek için bilgisayar programı ile oluşturulan randomizasyon planı kullanıldı. Araştırmanın verileri hasta bilgi formu, hasta değerlendirme formu, Davranışsal ve Sayısal Ağrı Ölçekleri, APACHE II, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) ve Genel Konfor Ölçeği ile toplandı.

BULGULAR

Planlı kabul protokolü ve kurumun rutin kabul işlemleri uygulanmadan önce, bireysel özellikler, konforu etkileyen faktörler ve fizyolojik parametreler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). YBÜ'ye kabulde ve 24. saatte deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra, deney grubunun konfor düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

TARTIŞMA

Yoğun bakım ortamı hasta bireylerin iyileşme sürecini, YBÜ'de kalış süresini ve YBÜ'den taburcu edildikten sonraki yaşantısını etkileyebilmektedir (Alaca ve ark., 2011; Berg ve ark., 2006; Ma ve ark., 2010; Tate ve ark., 2011; Terzi ve Kaya, 2011). YBÜ'ye kabul protokolüne göre uygulanacak bakım girişimlerinin hasta bireylerin konfor düzeylerini ve fizyolojik parametrelerine olumlu etkilerinin olabileceği varsayıldı. Bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışmada olgulardan planlı kabul protokolü uygulanan deney grubunda konfor düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi. Literatürde hasta bireylere biri girişim öncesi verilen eğitimlerin konfor düzeyi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır (Balcı ve Enç, 2013; Çelik, 2013; Karabacak, 2004; Karayurt, 1998).

SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulaması hastaların fizyolojik parametrelerini etkilemezken konfor düzeyini etkileyebilir.

KAYNAKLAR

- Alaca, Ç., Yiğit, R., Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
- Balcı, A., Enç, N. (2013). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 41-50.
- Berg, A., Fleischer, S., Koller, M. ve Neubert, T. R. (2006). Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 5(4), 1-7.
- Çelik, S. (2013). Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 325-330.
- Herr, K., Coyne, P.J., Manworren, R. et al. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Karabacak, Ü. (2004). *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Karayurt, Ö. (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 20-26.

- Kolcaba, K., Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Kolcaba, K., Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Ma, P., Liu, J., Xi, X., Du, B., Yuan, X., Lin, H., Wang, Y., Su, J., Zeng, L. (2010). Practice of sedation and the perception of discomfort during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, 451-457.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9(2), 72-79.
- Tate, J.A., Dabbs, A.D., Hoffman, L.A., et al. (2011). Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qualitative Health Research*, XX(X), 1-17 (DOI: 10.1177-/1049732311421616).
- Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 9(1), 34-45

S-09

YOĞUN VE KRİTİK BAKIM HEMŞİRELİĞİ YETKİNLİK ÖLÇEĞİ'NİN (ICCN-CS-1) TÜRKÇE VERSİYONUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN*, Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ**

*İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ilknurcaliskan.1@hotmail.com, 0 216 677 16 30-3812, İstanbul Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü, Akfırat-Tuzla/İstanbul

**Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

demirfatos@gmail.com, 0232 311 55 06, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bornova/ İzmir

Özet

Hemşirelik yetkinliği özellikle yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği için çok önemli olup yetkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Yetkinlik değerlendirmesinde öz değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1)'in ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesidir.

Bu araştırma kesitsel ve metodolojik tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini İzmir ilinde yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşireler, örneklemini ise 2.01.2015-31.05.2015 tarihleri arasında İzmir ilinde beş hastanenin yoğun bakım/kritik bakım ünitesinde en az altı aydır çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü 432 yoğun/kritik bakım hemşiresi oluşturdu. Araştırmanın verileri Hemşire Tanıtım Formu ve Lakanmaa L.R. tarafından geliştirilen ICCN-CS-1 ile toplandı.

Hemşirelerin yaş ortalamasının 29.83 $\pm$ 6.35 yıl olduğu bulundu. Araştırmaya katılan hemşirelerin %86.1' inin kadın, %67.6'sının lisans mezunu olduğu, meslekte çalışma süresinin ortalama 93.79 $\pm$ 74 ay, yoğun bakım ünitesinde çalışma süresinin ortalama 55.28 $\pm$ 50.17 ay olduğu belirlendi. Ölçeğin madde içerik analizinin 0.99-1.00 ve ölçek içerik analizinin 0.99 olduğu saptandı. Doğrulamalı faktör analizi uyum indeks sonuçlarına göre ölçek üç boyutludur. Üç alt boyut ölçeğin %49.6'sını açıklamakta ve madde faktör yük değerleri 0.31 ve 0.75 arasındadır. Ölçeğin uyum indeksleri χ^2/df : 2.95, NFI= 0.96, GFI= 0.59 NFI=0.96, NNFI= 0.97, CFI=0.97, RFI= 0.96, IFI=0.97 ve RMSEA 0.067'dir. Test-tekrar test sonuçlarına Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları toplam ölçek için $r = .98$ 'dir. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0.98'dir ve alt boyutlarına göre ise 0.97 ve 0.98 arasındadır.

Bu çalışmanın sonucunda ICCN-CS-1'nin ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

Giriş

Hemşirelik yetkinliği bakım kalitesinin sağlanması, kaliteli hemşirelik sonuçları, etik ve yasal hemşirelik uygulamaları için önemli olup hasta güvenliği ile ilgilidir(1-5). Yoğun ve kritik bakım ünitesi hemşirelerinin yetkinliği bu alana özgü bilgi, beceri, davranış, tutum, deneyim tabanı ile ilişkilidir(6-7). Yoğun ve kritik bakım hemşirelerinin yetkinliğinin değerlendirilmesi mesleki gelişim ve eğitim ihtiyaç alanlarının tanımlanması, mümkün olan en iyi hasta bakımının sağlanması için önemli olup değerlendirmede öz değerlendirme araçları en doğru ve uygunu olabilmektedir(8-9). Bu çalışmada Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1) 'in ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma kesitsel ve metodolojik tiptedir. Ölçek sahibinden izin alındı. Çalışmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi etik kurul komisyonundan onay alındı. Çalışmanın yürütüldüğü hastanelerin yönetiminden yazılı, hemşirelerden yazılı ve/veya sözel izin alındı. Çalışmanın evrenini İzmir ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler, örneklemini 2.01.2015-31.05.2015 tarihlerinde İzmir ilindeki beş hastanenin yoğun bakım/kritik bakım ünitesinde en az altı aydır çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü 432 yoğun/kritik bakım hemşiresi oluşturdu. Örneklem sayısı madde sayısının çok olması durumunda en az iki katı olması önerisini karşıladı(10). Veriler hemşire tanıtım formu ve ICCN-CS-1 ile toplandı(11).

Hemşire tanıtım formu; hemşirelerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren sekiz sorudan oluşmaktadır.

ICCN-CS-1 2012 yılında Lakanmaa tarafından Finlandiya'da geliştirilmiştir. Ölçek 144 madde ve 5'li likert tiptedir. Ölçek geliştirilmesinde yeni mezun hemşireler dahil edilmiş olup deneyim sahibi olmamaları nedeniyle deneyim boyutu ölçekten çıkarılmıştır. Bu nedenle ölçek 108 maddedir. Her alt boyut 36 maddedir. Maddeler 1-5 puan arasında değer almaktadır. Ölçekten min 108- max 540 puan alınabilmekte ve ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek puanları 108-216 puan arası:1 zayıf, 27-324 puan arası: 2

orta, 325-432 puan arası:3 iyi, 433-540 puan arası: 4 mükemmel yetkinliktir(12-13). Tanımlayıcı veriler ve açıklayıcı faktör analizi için bilgisayarda SPSS istatistik programı (Statiscal Package for Social Sciences for Windows 16,0) ve doğrulayıcı faktör analizi LISREL for Windows kullanıldı. Araştırmanın sosyodemografik verileri sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi. Ölçeğin içerik analizi için uzman görüşleri alındı. Yapı geçerliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirildi. Güvenirlik çalışmalarında zamana göre değişmezlik, iç tutarlılığı için ‘cronbach alfa katsayısı’ ve madde analizleri uygulandı. Faktör analizi için örneklem yeterliliğinin belirlenmesinde Kaiser-Meyer-Olkin kat sayısı (KMO) kullanıldı. Korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğu Bartlett’s testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'dedir.

Tablo 1. Yoğun ve Kritik Bakım Hemşirelerinin Hemşirelerinin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (n=432)

Yaş ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	$\bar{x} \pm SS$ 29.83 $\pm$ SD 6.35	Min-Max 18-53
Yoğun ve kritik bakımda çalışma süresi ($\bar{X} \pm SS$)	55.28ay $\pm$ 50.17	Min 6- Max 418 ay
	n (432)	%
Cinsiyet		
Bayan	372	86.1
Erkek	60	13.9
Medeni durum		
Evli	178	41.2
Bekar	254	58.8
Eğitim düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	61	14.1
Ön lisans	53	12.3
Lisans	292	67.6
Lisansüstü	26	6.0
Kurum tarafından verilen yoğun bakım konusu ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	170	39.4
Hayır	262	60.6

Yoğun bakım uyum programına katılma durumu		
Evet		
Hayır	215	49.8
	217	50.2
Sağlık Bakanlığı yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programına katılma durumu		
Evet		
Hayır	74	17.1
	358	82.9

Ölçeğin dil geçerliği İngilizceden Türkçeye ve Türkçeden İngilizceye geri çevirisi yapılarak sağlandı. On yoğun bakım hemşiresi ile ölçeğin pilot çalışması yapıldı ve veriler kapsam dışındadır. Ölçekte değişiklik yapılmadı. Ölçeğin içerik analizinde madde içerik analizi(I-CVI) 0.99-1.00 arasında, ölçek içerik analizi(S-CVI) 0.99 bulundu. Ölçeğin otuz yoğun bakım hemşiresi ile pilot çalışması yapıldı, veriler çalışmaya dahil edilmedi. Hemşirelerin "adil" kelimesinin "adaletli" olarak değiştirilmesini önermeleri nedeniyle kelime değiştirildi. Çalışmanın KMO değeri 0.953, Bartlett's testi $\chi^2=44265.413$ ve $p=0.000$ olarak bulundu. Doğrulamalı faktör analizine uyum indeks sonuçlarına göre ölçek üç boyutludur. Üç alt boyut ölçeğin %49.6'sını açıklamaktadır. Madde faktör yük değerleri 0.31 ve 0.75 arasındadır. Doğrulamalı faktör analizi sonuçları Tablo 2'dedir.

Tablo 2. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları

Uyum indeksleri	χ^2	Df	p	χ^2/df	RMSEA	GFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RFI
ICCN-CS1-TR	16280.74	5512	0.000	2.95	0.067	0.59	0.97	0.97	0.96	0.97	0.96

Ölçek, bilgi ve tutum ve değer alt boyutlarından üç hafta ara ile uygulanan iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p>0.01$). Sadece beceri alt boyut test-tekrar test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ölçek ve üç alt boyutunun test-tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Test-Tekrar test sonuçları (n=88)

Ölçek		İlk Uygulama ($\bar{x} \pm SS$)	İkinci Uygulama ($\bar{x} \pm SS$)	t*	p	r**	p
Toplam		447.02±42.88	448.82±41.36	2.273	.026	.985	.000
Alt boyut	Bilgi alt boyutu	141.47±20.67	142.51±20.37	2.425	.017	.981	.000
	Beceri alt boyutu	143.02±18.22	143.29±17.26	0.609	.544	.973	.000
	Tutum ve değer alt boyutu	162.52±12.09	163.01±11.83	3.064	.003	.993	.000

Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı tüm ölçek için 0.98, bilgi alt boyutu için 0.97, beceri alt boyutu için 0.97, tutum ve değer alt boyutu için 0.98 olarak bulundu. Ölçek maddelerin ölçek toplam puanı ile korelasyonları 0.43- 0.70'dir.

Tartışma

İçerik geçerliğinin sağlanması için on uzman görüşüne başvuruldu(14-17). İçerik analizinin 0.78'in üzerinde olması beklenmektedir. Ölçeğin madde içerik analizinin 0.99-1.00 arasında, ölçeğin tümü için 0.99 olması ölçeğin içerik geçerliğinin sağlandığını göstermektedir(14).

Faktör analizi yapılabilmesi KMO 0.60'ın üzerinde olmalıdır(15,18-20).Bizim çalışmamızda KMO değerinin 0.953 olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel olduğunu gösterdi. Bartlett Küresellik Testinin $p < 0.05$ 'ten küçük olması korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir(15). Bu çalışmada Bartlett Küresellik Testi sonucunun $X^2=44265.413$ ve $p=0.000$ olması verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterdi.

Bu çalışmada üç faktörün toplam varyansın % 49.6'sını açıklaması faktör yapısı gücünün iyi olduğu gösterdi(19,21). Çalışma sonucunda orijinal ölçeğin ve Farsça versiyonun madde faktör yüküne benzer olarak faktör yük değerleri 0.31-0.75 arasındadır(12,22). Bu çalışmada faktör yük değeri kesme noktası 0.30 alınmış olup çalışmada ölçeğin faktör yükse değeri 0.30'un üzerinde olduğu için hiçbir madde ölçekten çıkarılmadı. (19,21).

Doğrulamalı faktör analizi uyum indeksi sonuçlarına göre ölçeğin χ^2/sd değerinin 2.95 olması modelin iyi uyuma sahip olduğunu gösterdi(19,23). RMSA'nın 0.80 ve altında olması modelin kabul edilebilir uyuma sahip olması anlamındadır ve çalışmada ölçeğin RMSA'nın 0.067 bulunması modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu gösterdi(23,24). CFI ve GFI değerlerinin 0.90 ya da 0.95'in üzerinde olması istenmektedir. Araştırmamızda CFI değerinin 0.97 bulunması iyi bir uyumun olduğunu, GFI'nın 0.59 bulunması ise uyumun olmadığını göstermektedir(23-25). NFI, IFI, NNFI, RFI değerlerinin 0.95'in üstünde olması modelin uyumlu olduğunu göstergesidir(23-25). Uyum iyiliği İndeks değerinin dışında diğer uyum indeksleri sonuçlarına ölçeğin ülkemiz için kabul edilebilir uyum iyiliğine sahip olduğu belirlendi(23-25) Ölçeğin Farsça

versiyonunda χ^2/sd 4.36, GFI 0.64, CIF 0.95, IFI 0.95, NFI 0.95, NNFI 0.94'dır(22). Çalışma sonucumuz ölçeğin Farsça versiyonuna benzerdir. Orijinal ölçeğin karşılaştırmalı uyum indeksi puanı 0.52 bulunmuştur. Orijinal ölçeğin yedi model olmasına rağmen ülkemiz için üç model olduğuna karar verildi(11).

Ölçeğin zamana göre değişmezlik analizinde bilgi, tutum alt boyutlarının iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p>0.01$), sadece beceri alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0.01$). Sadece beceri alt boyut test-tekrar test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olması bu yöntemin ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda kullanılması gerektiğini göstermektedir(26). Orijinal ölçeğin ve Farsça versiyonun Cronbach alpha güvenirlik kat sayısına benzer olarak bu çalışmada tüm ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0.98, bilgi alt boyutu için 0.96, beceri alt boyutu için 0.96 ve tutum alt boyutu için 0.98 olması ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu gösterdi(26,27).

Çalışmamızda ölçek maddelerin ölçek toplam puanı ile korelasyonlarının 0.43-0.70 arasında değişmesi ölçeğin maddelerinin ayırt edicilik gücünün yüksek olduğunu ve ölçekte kalması gerektiğini gösterdi(21,27). Orijinal ölçekte yoğun ve kritik bakım hemşireliği yetkinlik ölçeğinin madde-toplam korelasyonları 0.22–0.70'dir ve Farsça versiyonda ise değişmektedir(11,22).

Sonuç

Bu çalışma sonucunda ICCN-CS1'in Türkiye için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulundu.

Kaynakçalar

1. Applin, H., Williams, B., Day, R., Buro. (2011). A comparison of competencies between problem-based learning and non-problem-based graduate nurses. *Nurse Education Today*, 31(2), 129-134
2. Izumi, S., Baggs, G.J., & Knafl, A.K. (2010). Quality nursing care for hospitalized patients with advanced illness: concept development. *Res Nurs Health*, 33(4):299–315. doi:10.1002/nur.20391
3. Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106–113. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009487>
4. Merajota, R., & Kilpi, K.H. (2001). Instruments for evaluating nurse competence, *The Journal of Nursing Administration*, 31 (7/8), 346-352.
5. Safadi, R., Jaradeh, M., Bandak, A., & Froelicher, E. (2010). Competence assessment of nursing graduates of Jordanian universities. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00507.x>
6. Ääri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.006>.

7. Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Perttilä J., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and critical care nursing - Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.03.002>
8. Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>
9. Cowan, D. T., Jenifer Wilson-Barnett, D., Norman, I. J., & Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 902–913. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>
10. Kline, P. (1994). *An Easy Guide To Factor Analysis*. New York: Routledge
11. Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2014). Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 799–810. <https://doi.org/10.1111/jocn.12057>
12. Lakanmaa, R. (2012). *COMPETENCE IN INTENSIVE - development of a basic assessment scale*.
13. Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: Cross-sectional survey study - Competência básica de enfermeiras da Unidade de Cuidados Intensivos: estudo de pesquisa transversal. *BioMed Research International*, 2015(ii). <https://doi.org/10.1155/2015/536724>
14. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497
15. Alpar, R. (2012). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik- güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
16. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N.M. (2014). *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve etik*. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri.
17. Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Erek matbaacılık.
18. Seçer, İ. (2015). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi*. Ankara: Anı yayıncılık.
19. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik Spss ve Lisrel uygulamaları*. Ankara; Pegem kitapevi.
20. Sümbüloğlu, K., Akdağ, B. (2009). *İleri biyoistatistiksel yöntemler*. Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayıncılık.
21. Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem akademi.
22. Shouryabi, A.A., Ghahrisarabi, A., Anboohi, Z.S., Nasiri, M., & Rassoul, M. (2017). Psychometric properties of the Persian version of the Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale version-1 (ICCN-CS-1), *Electronic Physician*, 9(11), 5785-5792. <http://dx.doi.org/10.19082/5785>
23. Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
24. Schumacker, E.R., & Lomax, G.R. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New

York: Taylor & Francis Group.

25. Hu, L., & Bentler M.P. (1999). Cutoff criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-5
26. Polit, F.D., & Beck, T.C. (2010) Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
27. Şenocak, Ş.Ş. (2009). *Klinik biyoistatistik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

S-10

Determining the Opinions of Intensive Care Nurses Regarding Performance Evaluation Criteria

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Performans Değerleme Hakkında Görüşlerinin Alınması

1. Emine RÜZGARESEN
2. Yasemin ERGÜN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü - TÜRKİYE

GİRİŞ:

Özellikle günümüz işletmeleri arasındaki rekabetçi ortam; verimin, hizmet kalitesinin yükselen grafiği ve en önemlisi çalışan kalitesinin geliştirilmesi ve performansının değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır(2). Performans değerlendirme çalışmaları, tüm işletmeler için gerekli olduğu kadar sağlık işletmeleri için de gereklidir. Yoğun Bakımlarda(YB) ciddi rahatsızlıkları olan hastalara bakılması, hastaların genel durumlarının değişken olması, ileri teknolojinin kullanılması, farklı uzmanlıklara sahip çok sayıda profesyonel ile birlikte çalışılması gibi üniteye özgü sorunlarla etkin şekilde başa çıkabilecek bilgi ve donanımı olan hemşirelerin atanması ve bunların yüksek performans göstermesi istenilen bir durumdur(4,5,6). Bu durum, bakım hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını, hasta ve yakınlarının sunulan bu hizmetten memnun kalmasını sağlayacaktır.

Yoğun Bakım Hemşire(YBH) ekibinin deneyimli, riskli durumlara duyarlı, hasta ve yakınları yanında doktor ve diğer personelle iletişimi güçlü, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden haberdar olan hemşirelerden oluşması gerekmektedir(4,6).

Çalışanın performansını, başarısını değerlendirmenin güçlüğü nedeniyle insan kaynakları yönetiminin performans değerlendirme işlevi tartışmalı konulardan biridir. Çünkü çalışanların seçiminde ve eğitiminde gösterilen özene karşın tüm çalışanların aynı performansı göstermesi beklenemez. Kişilerin doğuştan gelen yetenekleri, işe olan ilgi ve uyum gibi özellikleri her zaman farklılıklar gösterir. Bu nedenle, iş tanımları ve çalışanların görüşleri doğrultusunda hazırlanmış performans değerlendirme sistemleri; hemşirelerin dolaylı olarak hasta ve yakınlarının memnuniyeti arttıracak ve hizmet kalitesini iyileştirecektir(1,3,7).

AMAÇ: Bu araştırma, JCI akreditasyon belgesine sahip özel hastanelerde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin performans değerlendirme kriterleri ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin performans değerlendirme kriterlerine yönelik faaliyetleri gerçekleştirme ve bu faaliyetleri gerekli görme durumlarına ilişkin görüşleri incelenmiştir.

MATERYAL- YÖNTEM

Akredite olmuş özel hastanelerin listesi Özel Hastaneler Derneği'nden elde edildikten sonra kurum yöneticileri ile görüşülerek yoğun bakımlarda çalışan hemşire sayısı belirlenmiştir. Buna göre, çalışmanın evrenini, İstanbul ilinde JCI akreditasyon belgesi almış 16 özel hastanenin yoğun bakımlarında çalışan 500 yönetici ve yatak başı hemşiresi oluştururken örnekleme, araştırmaya izin veren hastanelerde çalışan, araştırmanın yapıldığı dönemde kendilerine ulaşılabilen ve anketi yanıtlamayı kabul eden 65 hemşire oluşturmuştur. Örnekleme alınacak hemşire sayısı, evrendeki birey sayısının bilindiği formülden yararlanılarak hesaplanmıştır. Örneklem 109 hemşire olarak belirlenmesine karşın araştırma zamanının sınırlı olması, yoğun bakımların kapalı birimler olması ve hemşire iş yükünün fazla olması nedeniyle 65 hemşireye ulaşılabilmiştir. Gerekli kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra anket formu hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak dağıtılmış ve doldurulduktan sonra geri toplanmıştır.

Veri toplam aracı, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren "Tanıtım Formu" ile literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan 102 ifadelik "Performans Değerlendirme Kriterler Seti" olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, yaş, eğitim, mesleki ve YB deneyimi, YB'da çalışma tercihi, YB eğitimi alma ve YB'a özgü performans değerlendirme sistemi varlığı olmak üzere toplam yedi soru yer almaktadır. İkinci bölümde YBH'nin performansı ile ilgili literatür incelenerek performans değerlendirme kriterleri seti oluşturulmuş ve üç yoğun bakım yöneticisi ile üç öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır (4,5,7,8,9).

Tüm değerlendirmeler sonucu yoğun bakım hemşirelerinin performansını değerlendirmeye ilişkin yedi ana bölüm (hemşirelik süreci, etik uygulamalar, klinik uygulamalar, hasta ve çalışan güvenliği, terapötik iletişim ve profesyonel ilişkiler, eğitim ve araştırma-geliştirme) ve toplam 102 ifadelik "Performans Değerlendirme Kriterler (PDK) seti" hazırlanmıştır. Her bir performans faaliyetinin uygulanma durumu 1=Uyguluyorum, 2=Uygulamıyorum olmak üzere 2'li olarak değerlendirilirken; gereklilik durumu için 4'lü likert tipi ölçekleme sistemi kullanıldı. Buna göre, her bir madde 1-Gereksiz, 2-Az Gerekli, 3- Gerekli, 4-Çok Gerekli olarak değerlendirildi.

Elde edilen veriler bilgisayar programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra hemşirelerin bireysel özellikler ile PDK puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis(yaş, eğitim, mesleki ve YB deneyimi) ve Mann Whitney-U (YB'da çalışma tercihi, YB eğitimi alma, kurumun YB'a özgü performans değerlendirme sisteminin varlığı) testleri kullanıldı.

TARTIŞMA – SONUÇ

Hemşirelerin yaş ortalaması 27, deneyim yılı ortalaması yaklaşık 6 yıl, yarıdan fazlası (%53,8) sağlık meslek lisesi mezunu ve ortalama 5 yıllık YB deneyimine sahiptir. Katılımcıların çoğu(%84,6) YB da çalışmayı kendi istemiş, yoğun bakım eğitimine sahip(%73,8) olup, %78, 5'i yoğun bakıma özgü performans değerlendirme sisteminin varlığını belirtmiştir(Tablo1). Hemşirelerin genç, mesleki ve YB deneyimlerinin kısa olması; mezuniyetten bakanlık hastanelerine atanıncaya kadar geçen sürede özel hastanelerde çalışmak istemelerine bağlı olabilir. Yine, YB'ların stresli ve ağır çalışma koşulları nedeniyle personel sirkülasyonu diğer ünitelere göre daha yüksektir.

Ayrıca, akredite olmuş hastanelerin yoğun bakımlarında hastaların ve ünitenin özelliği nedeniyle daha ileri düzeyde eğitime sahip hemşirelerin çalıştırılması ve tamamının yoğun bakım eğitiminden geçmesi beklenirdi. Yönetimin, lise mezunu hemşireleri, personel maliyetlerini azaltmak için tercih ettiği söylenebilir. Yöneticilerin hemşireleri tercih ettikleri birimlere ataması; sevindirici bir durum olup çalışan performansına dolayısıyla hasta iyileşmesi ve memnuniyetine olumlu katkı sağlayacaktır.

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=65).

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Eğitim	SML	35	53,8
	Lisans	27	41,5
	Lisansüstü	3	6,7
YB da çalışma tercihi	Evet	55	84,6
	Hayır	10	15,4
YB eğitimi alma	Evet	48	73,8
	Hayır	17	26,2
YB özgü performans değerlendirme	Evet	51	78,5
	Hayır	14	21,5
Yaş ort ± SS (Min.- Maks) 27,17 ± 4,25 (19-36)			
Deneyim yılı ort ± SS (Min.- Maks) 5,97 ± 4,63 (1-16)			
YB deneyim yılı ort ± SS (Min.- Maks) 4,98 ± 4,22 (1-16)			

Hemşireler hastanın “bakım planını hazırlama (3,43)”, ağrısını değerlendirme(3,38)” ve “genel durumundaki normalden sapmaları ilgililere iletme” konusundaki performans değerlendirme faaliyetlerini “az gerekli” bulurken, “formları zamanında, doğru, eksiksiz doldurma(3,86)”, öldürücü aritmleri tanıma(3,86)” ve “YB prosedürlerine uygun bakım verme (3,85)” faaliyetlerini çok gerekli bulmuşlardır. Hemşirelerin bu üç önemli faaliyeti az gerekli bulması oldukça düşündürücüdür.

Hemşirelerin yaş, eğitim, mesleki ve YB deneyim yılı, YB eğitimi alma değişkenlerine göre PDK puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p \geq 0,05$) YB’da çalışmayı tercih etme ve YB’a özgü performans değerlendirme sisteminin olmasına göre PDK puan ortalamalarının anlamlı düzeyde($p < 0,05$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, yoğun bakımlarda hasta tanılmasını yapan, hastadaki normalden sapmaları değerlendiren ve gerekli girişimlerde bulunan ve doğrudan hasta bakımı vermenin önemine inanmış hemşirelere ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Badır A.(2004). Uluslararası öneriler ışığında yoğun bakım hemşirelerinin eğitiminin Türkiye’deki durumu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 8(2), 83-88.
2. Bakan İ., Kelleroğlu H. (2003). Performans değerlendirme: çalışanların performans değerlendirme sisteminden beklentileri konusunda bir alan çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8(1), 103-127.
3. Demirel E.S.(2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü Yüksek lisans Tezi, Isparta. (Danışman: Yard. Doç. Dr.İ.Gökdayı).
4. Ergün A.Y., Demir H., Sağnak N.(2007).Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili bir çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11(2):102-113.
5. Özel F., Akyol DA., Sağıt B.(2011). Yoğun bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili görüş ve düşüncelerin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 15(2), 51-60.
6. Perrin, KQ. (2009). Understanding the Essentials of Critical Care Nursing. New-Jersey: Pearson Prentice Hall.
7. Uyargil C.(1994). İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi: Performansın Planlanması Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi. İstanbul, Şahinkaya Matbaacılık.
8. Job description/performance appraisal. Available from: <http://www.hospitalsoup.com/public/jd-1-16.pdf>
9. Registered professional nurse job description adult critical care. Available from: www.usnursing.com/pdfs/CC%20%20

S-11

İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Deliryum ve Manevi Bakım Algılarının Belirlenmesi

Özlem Doğu¹

Öznur Tiryaki²

¹ Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya, Türkiye

² Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

Giriş : Çalışma, göreve yeni başlayan hemşirelerin deliryum ve manevi destek algılarının belirlenmesi amacı ile yapıldı.

Bulgular : Tanımlayıcı nitelikte ki çalışma, 2018 yılında Sakarya ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesine yeni atama ile göreve başlayan 91 hemşire ile yürütüldü. Veriler literatür taraması doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Deliryum Algı Formu ve Kavas ve Kavas tarafından 2014 yılında geliştirilen Manevi Destek Algısı Ölçeği ile elde edildi. Verilerin değerlendirmesinde frekans ve yüzde ile ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U test analizleri kullanıldı.

Sonuç : Hemşirelerin yaş ortalaması 23.13 ± 2.30 yıl ve %79.1'i kadındı. Hemşirelerin %71.4'ü lisans mezunu, %11.0'ı evli ve 61.5'i daha önce hiçbir kurumda çalışmadığını belirtti. Katılımcıların %65.9'u deliryum hakkında eğitim aldıkları, ancak %96.7'si eğitimin son bir yıl içinde olmadığını belirtti. Hemşirelerin deliryum algısını belirlemeye yönelik soruların yüzdelere baktığımızda; %75.8'i ciddi bir sorun ve %82.4'ü önlenabilir bir sağlık problemi, %56.0'ı özellikle yoğun bakım gibi kapalı ortamlarda kaçınılmaz, %58.3'ü ise deliryumun sadece farmakolojik yöntemlerle önlenilebileceğini ifade etti. İşe yeni başlayan hemşirelerin %83.5'i manevi destek hakkında daha önce eğitim almadığını belirtirken, Manevi Destek Algısı Ölçek puan ortalamaları 52.48 ± 6.51 olarak yüksek düzeyde idi. Araştırmada deliryumu önemli bir sağlık problemi olarak gören ve görmeyen kişiler arasında ölçek puan ortalamalarının benzer düzeyde olduğu ve anlamlı fark oluşturmadığı tespit edildi (52.09 ± 6.56 ; 54.31 ± 6.10 ; p

S – 12

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programlarına Katılmış Yoğun Bakım Hemşirelerinin Programa Yönelik

Görüşleri

Nilgün Göktepe, Emine Türkmen, Gülçin Bozkurt, Ebru Kıraner, Yasemin Ergün, Yasemin Ersöz, Zeynep Gül Bozdemir, Ayca Kelez Yayık

Özet

Giriş: Sürekli eğitim programlarının değerlendirilmesi, gelecek programların planlanma ve yürütme süreçlerinde iyileştirme yapma açısından önemli bir konudur.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma, yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarına katılmış hemşirelerin program hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı. Bir üniversiteden Etik Kurul onayı alındı. Çalışmanın örneklemini, Marmara Bölgesi'nde bulunan Sağlık Bakanlığı onaylı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı düzenleme yetkisi olan 5 merkezde, Ocak 2015 - Mayıs 2018 tarihleri arasında eğitim almış çalışmaya katılmayı kabul eden 218 hemşire oluşturdu. Veriler, ikisi açık uçlu 25 sorudan oluşan anket formu ile elektronik ortamda toplandı. Nicel veri tanımlayıcı istatistikler ile ve açık uçlu sorulardan elde edilen nitel veri ise içerik analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların %81.2'si kadın ve yaş ortalaması 31.7 ± 7.1 idi. Katılımcıların büyük bir kısmı genel yoğun bakım ünitesinde ve yatak başı hemşiresi olarak çalıştığını bildirdi. Katılımcılar, programın içeriği, derslerin süresi, öğrenme yöntemleri ve eğitimsilerden memnun olduğunu bildirdi (sırasıyla %89.4, %84.4, %88.1, %79.8). Katılımcılar; alanında uzman ve deneyimli eğitimsilerden eğitim aldıklarını, sertifika programının acil durum yönetimi, kritik düşünme-karar verme ve problem çözme gibi klinik bilgi ve becerilerini geliştirdiğini belirtti. Sertifika programlarının iyileştirilmesi için bazı önerilerde bulundular. Bunlar; kurs notlarının önceden verilmesi, eğitim içeriğine ilaç uygulamalarının eklenmesi, mekanik ventilasyon uygulamalarının daha detaylı işlenmesi, eğitim yöntemi olarak simülasyon ve diğer interaktif öğrenme ve öğretme yöntemlerinin daha çok kullanılması, hemşire eğitimsilerin daha fazla yer alması, klinik uygulama süresinin uzatılması, katılımcıların klinik uygulamada daha aktif olması ve daha çok pratik yapması idi.

Sonuç: Yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitim programına katılmış hemşireler programdan genel olarak memnun görünmektedir. Katılımcı hemşirelerin görüşlerine göre programın hem teorik hem de laboratuvar ve klinik uygulama bölümlerinde iyileştirmeye ihtiyaç vardır.

The Views of Critical Care Nurses Who Participated in and Critical Care Nursing Certification Program

Abstract

Background: The evaluation of continuing education programs is important in order to make improvements in the planning and implementing of future continuing education programs.

Methods: This descriptive study was conducted to reveal the views of nurses who participated in a critical care nursing certification program regarding the planning and implementing of the program. The sample comprised 218 voluntary nurses who were trained between January 2015 and May 2018 in five education centers in the Marmara region that the Turkish Ministry of Health authorized to provide the Critical care nursing certificate program. Data were collected electronically with a questionnaire consisting of 25 questions including two that were open-ended. Quantitative data were evaluated with descriptive statistics and qualitative data obtained from open-ended questions were analyzed by content analysis.

Results: The majority of the participants were women (81.2%) and the average age was 31.7 ± 7.1 . The majority of them stated that they were working in the general intensive care units as a staff nurses. They expressed that they were satisfied with the program content (89.4%), course duration (84.4%), learning methods (88.1%), and educators (79.8%). Participants said that they were taught by expert and experienced educators in their field and that the participants made improvements in emergency management and critical thinking, decision making, and problem solving skills. The participants had some recommendations for improving the planning and implementation of this certificate program: Course materials should be given at the beginning of the program, drug calculations should be added, details on mechanical ventilation practices and issues should be given, simulation and other interactive teaching and learning methods should be used, the number of nurse educators should be increased, the clinical practice sessions should be longer, and participants should be more active and have more practice during the clinical practice sessions.

Conclusion: Nurses who participated in the critical care nursing certification programs were generally satisfied with the education program. There is a need to improve both the theoretical and laboratory/clinical portion of the program based on the views of participant nurses.

Keywords: Certification, continuing education, intensive care, critical care nurse.

References:

- AACN. Certification Organization for the American Association of Critical-Care Nurses. CCRN Exam Handbook (adult, Pediatric, Neonatal). Columbia: AACN Certification Corporation. 2017
- Akyol Durmaz, A. Yoğun bakım hemşireliği tarihçesi. İçinde: Yoğun Bakım Hemşireliği Kitabı. A Akyol Durmaz, editör. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2017.
- Boyle DK, Cramer E, Potter C, Staggs VS. Longitudinal association of registered nurse National Nursing Specialty Certification and patient falls in acute care hospitals. Nursing Research, 2015; 64(4):291–299.
- Bozkurt G. Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programları. Yoğun Bakım Kongresi, 19-22 Nisan 2018, Antalya. Panel sunusu.
- Cary A. Certified registered nurses: results of the study of the certified workforce. American Journal of Nursing, 2001; 101(1):44-52.
- Fitzpatrick JJ, Campo TM, Graham G, Ramón Lavandero R. Certification, empowerment, and intent to leave current position and the profession among critical care nurses. AJCC, 2010; 19(3):218-229.
- Hadjibalassi M, Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangar H, Athini E, Georgiou E, Nicolaou E, and Merkouris A. Development of an instrument to determine competencies of postgraduate ICU nurses in Cyprus. Nursing in Critical Care, 2014; 17(5):255-264.

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği. 04.02.2014, 28903 Sayılı Resmi Gazete. Erişim adresi:
https://khgm.saglik.gov.tr/DB/10/2495_sempozyum-ilani).

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim programı Standartları Erişim adresi:
https://khgm.saglik.gov.tr/DB/10/3353_yogun-bakim

S-13

Yoğun Bakım Hemşireliğinde Uzmanlaşma ve Özgeciliğin Stres Faktörünün Ortadan Kalkması

Özlem Ecemiş¹

Buket Özgiray¹

Pınar Ilıkkan¹

Dilek Gülveren¹

Çiğdem Güler¹

¹ Özel Medicalpark İzmir Hastanesi

Giriş : Yoğun bakımlarda çalışan hemşireler, kritik hasta bakımı ve ölümlerle diğer birimlere göre çok daha fazla karşılaşmakta, diğer servislerden farklı olan yapısı nedeniyle, emosyonel ve fiziksel olarak daha fazla zorlanmaktadır (Yoğ. Bak. Hemş. Dergisi 2015). Yoğun bakım hasta profili nedeni ile sürekli gergin çalışma ortamı ve olumsuz sonuç istatistiğinin yüksek olması, tüm çalışanlarda olduğu gibi hemşire grubunda da stres oluşturmaktadır. Bu durumun süreklilik arz etmesinden kaynaklı olarak da stresle baş etmeyi öğrenmek kaçınılmaz duruma gelmektedir. Baş edilemeyen durumlarda ise sonuç daha ileri boyutlarda psikolojik problemlere kadar ulaşabilmektedir. Stres yönetimi, sorumluluğu almakla ilgilidir: yaşam tarzı, düşünceler, duygular ve sorunlarla uğraşma şeklidir.

Bulgular : Çalışmada veri toplama aracı olarak, 'Doetinchem Örgütsel Stres Anketi (VOS-D) ve Beck Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır. Her iki ankette yer alan soruların değerlendirilmesinde aynı ölçek kullanılmıştır. Çıkan sonuca göre genel olarak ağırlıkta stres çözümü için tespit edilen çözüm önerileri uygulanmıştır. Ölçekten toplam 0- 56 arası puan elde edilmektedir. 0-35 arası puan olumlu stres düzeyini, 35- 56 arası puan stres altında olduğunu göstermektedir. Toplam puanın yüksek olması, algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Beck Stres Ölçeği ile yapılan çalışmalarda puan 31,94, Vos-D stres ölçeğine göre puan 37,58 olduğu görülmüştür.

Sonuç : Beck Stres Ölçeği ile yakın zamanda bireysel baş etme yöntemlerini kullanarak stresle başa çıkılabildiğini, fakat Vos-D Stres Ölçeğindeki sonuçlar değerlendirildiğinde, genel anlamda bireylerin stres altında çalıştıkları sonucuna varılmıştır. Ankette puanı en yüksek olan soru içeri ile değerlendirildiği zaman, klinik hemşirelerinin deneyimlerine göre hasta paylaşımında dengenin sağlanamamasının strese neden olduğunu göstermektedir. Buna göre yoğun bakım kliniğinde yeni bir eğitim hemşiresi kadrosu oluşturulmuş ve sabit bir hasta başı eğitim ile mentörlük sistemi kurulmuştur. Bu sistemde Sağlık

Bakanlığının yoğun bakım basamak genelgesine göre eğitim modülü oluşturulmuştur. Düzenlenen vardiya sistemi için oluşturulan gruplarla bir yere ait olma duygusunun arttığı, düzenli çalışma sistemi ile özel yaşantılarına daha çok vakit ayırabildikleri, aynı ekip ile çalışmanın, desteği ve birbirlerine karşı toleransı artırdığı görülmüştür.

S-14

Resüsitasyon Esnasında Hasta Yakınları Hastanın Yanında Olmalı Mı?

feryal iflazoğlu¹

¹ ege üniversitesi tıp fakültesi hastanesi kardiyoloji AD İZMİR

Giriş : Tanıklı CPR uygulamasını ön plana çıkartmak amacıyla, “paternalist yaklaşım mı, yoksa hasta yakınlarının katılımını içeren etik yaklaşım mı” diye iki çıkmazı oluşturur. acilservislerin ve YBların önünü tıkayacağı gibi, sağlığın gerektirdiği bilim temelli uzmanlığının sokağa düşmesine neden olacaktır. Birincisi, paternalizm ile bilimselliğin 1.dereceden bir ilgisi yoktur. İkincisi, bilimsellikle nitelikleştirilmemiş bir etik kelimesinin de etik ile hiçbir ilgisi olamayacağı gibi, “hasta yakınlarının katılımını içeren ‘etik’ yaklaşım” ile etğin hiçbir bağlantısı yoktur. Eğer bilimle uğraşıyorsak ve bilimsellik kendi içinde geri dönülemez riskleri bir handikap olarak barındırıyorsa, bunun merkezine psikolojiyi oturtmaya kalkmanız halinde, bilimselliği sadece buz üzerine yazılan bir teoriye dönüştürmüş olmakla kalmayacağımız gibi, bilimsellikten hareketle etik kavramının da baştan itibaren ölü doğmasına neden olacaktır. bu noktada atılacak her adım, elimizde patlayacak bir bombaya dönüşecektir. Dahası, önceden planlanıp programlanan ve saniyelerin bile zamanla yarıştırmak zorunda olduğu CPR uygulamasını birbirine karıştırılmaya çalışılması, geri dönülmesi mümkün olmayan handikapları da beraberinde getirecektir. Tanıklı CPR gibi bazı adımlar atmanın yolu, toplumun bir anlamda sibop ayarını yapmaktan geçmeyeceğini birçok açıdan görmekteyiz. Birincisi, bizler politisyen olmadığımız için böyle bir role soyunmak mümkün olamayacağı gibi, toplum psikolojisinin temel alınması ile bireyin sağlık sorunlarında başarı elde edileceğini düşünmek de gerçek anlamıyla bir kara mizah olurdu. böylesi bir ‘etik’ anlayışına sahip olunması durumunda, sosyolojik durum karşısında kör olmayı ve sağlığın bilimsellik yerine romantizm üzeri oturmasını gerektirir. Hasta yakınlarının sağlıkçılara olan ‘güvensizlik’ini ortadan kaldırmak ya da hastaya ‘psikolojik destek’ verebilecekleri gibi yaklaşımların olabileceğini istatistiki olarak hesaplayarak tanıklı CPR’ı meşrulaştırmaya çalışmak, en başta sağlıkçıların sağlıkçılara olan güvensizliğinden başka hiç bir şeyi açıklamaz.

Sonuç : Sonuç olarak, bu ülkenin sosyolojik damarını oluşturan temel olgu: Çocuğunun ateşini düşürmedi diye doktorun kafasına kaldırım taşıyla vuran ve sağlık çalışanlarına fiziki saldırıda dünya şampiyonluğunu elinde bulunduran bir toplumsal yapıda, neyin nerede nasıl tanıklı CPR uygulamasına dahil edileceğini

düşünmek, sağlıkçılar için kabuslu yılların tohumunun atılması anlamına gelecektir.

S-15

Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları Ve Hemşirelik Yönetimi

Mediha SERT¹, Can LAFÇI², Asiye AKYOL³

¹Akdeniz Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi,

²Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi,

³Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Profesör Öğretim Üyesi.

BİLDİRİ TAM METNİ

Giriş:

Uyku, insan yaşamı için tıpkı su ve beslenme gibi temel ihtiyaçlardan birisidir (Taştan, Ünver, Iyigün, & Iyisoy, 2010). Hem vücut hem de beynin hücrelerinin enerji depolarının dolmasını sağlayan, merkezi sinir sisteminin davranışsal ve karmaşık fizyolojik mekanizmalarını içeren aktif bir süreçtir (Beltrami et al., 2015; Ritmala-Castren, Virtanen, Leivo, Kaukonen, & Leino-Kilpi, 2015). İnsan yaşamının üçte birini uyku oluşturmaktadır, bu durum uykunun bireyler üzerine olan etkisini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle, uykunun fizyolojik mekanizması tam olarak aydınlatılmalıdır. Uyku sorunları beraberinde istenmeyen etkiler meydana getirmektedir (Pisani et al., 2015).

Üst düzey teknolojik donanımı ile işleyiş biçimi yönünden diğer birimlerden ayrılan yoğun bakım ünitelerinde, birçok karmaşık sağlık sorunu olan bireylerin bakım ve tedavi gereksinimleri karşılanmaktadır. Bu sağlık sorunlarına sıklıkla eşlik eden uyku sorunları hasta morbitidesinin artmasına yol açan önemli faktörlerden biridir (Kurt, 2013; Uzun & Yavsan, 2016). Yapılan bir çalışmada yoğun bakımdaki hastaların %75'inin uyku sorunları yaşadığı; bu sorunları yaşayan bireylerin %57'sinin uykudan sık sık uyandığı, %23'ünün ise hiç uyuyamadığı bildirilmiştir (Uslu & Demir Korkmaz, 2015). Bir başka çalışmada ise yoğun bakımda yatmakta olan hastaların %41'inin yaygın uyku sorunları yaşadığı, bu hastaların %38'inin bu sorunlara ilişkin günlük yaşama konsantre olma konusunda güçlük yaşadığı ve %36'sının ise yaşamış olduğu yakın zamanlı olayları hatırlamada zorlandığı bildirilmiştir (Hintistan, Nural, & Öztürk, 2009).

Yoğun bakımda uyku sorunlarına hasta ve çevreyle ilişkili birçok faktör neden olmaktadır. Hasta ile ilişkili faktörler; hastalığın tipi ve şiddeti, stres, ağrı (%40), anksiyete veya önceden var olan uyku sorunlarıdır. Çevresel faktörler ise; aydınlatma, invaziv girişimler (%33), ilaçlar, vital bulgu ölçümleri, oryantasyon bozukluğu (%29), pozisyon bozukluğu (%35), sağlık profesyonellerinin sesli konuşmaları (%33), ventilatör, pulse oksimetre, monitör ya da intravenöz pump cihazı alarmlarından (%43) oluşmaktadır (Drouot, Cabello & Brochard, 2008; Tembo & Parker, 2009; Bilhari Shailesh, McEvoy Doug, & Matheson

Elisha, 2012; Little et al., 2012). Yoğun bakımda yatmakta olan hastaların bu faktörler sebebiyle uyku süreleri ve uyku kaliteleri azalmakta, bunun sonucunda da hastalarda uyku sorunları gelişmektedir (Delves, 2009; Eliassen & Hopstock, 2011).

Uyku sorunlarına bağlı, fizyolojik stres mekanizması uyarılarak, aldosteron etkisi ile kan basıncı artar, kortizol ve adrenalinin artışı ile kalp hızı ve iş yükü, mide asitliği, plazma glikoz düzeyi ve yağ asitliği artar, immünsupresyon gelişir. Bu durum hastaların iyileşme sürecini olumsuz şekilde etkilemektedir (Delves, 2009; Erol & Enç, 2009). Bu nedenle yoğun bakım hemşireleri, yatmakta olan hastaları düzenli olarak takip edip değerlendirmeli, hastaların uyku sorunlarına ilişkin semptomları (hastanın uyku sorunları yaşadığına dair ifadesi, huzursuzluk, ajitasyon, stres, sürekli uyuklama hali, uykuya dalmakta ve uyanmada güçlük, gündüzleri uyuma alışkanlığı, yorgun ve bitkin görünüm, gözlerde kızarıklık ve çökük görünüm, ışığa duyarlılık, oryantasyonda bozulma...) taşıyıp taşımadığını belirlemeli, bireyin yer ve zaman oryantasyonu sağlamalı, özellikle gece saatlerinde ışıklandırma, uyaranlar ve gürültü etmenlerini azaltmalı, hastaların mümkün oldukça uykuya ilişkin alışkanlıklarını sorgulayarak, sürdürülmeye çalışmalıdır. Ayrıca tedavi saatleri ve girişimleri hastaların uykularını bölmeyecek şekilde planlamalı, hastaların gündüz uyumak yerine gece uyumalarını sağlamaya çalışmalıdır. Tüm bu girişimler sayesinde hastaların tedaviler ve hemşirelik bakımlarından yararlanmaları, iyileşme süreçlerinin olumlu yönde ilerlemesi ve sunulan hemşirelik bakımı ile sağlık hizmeti kalitesinin artırılması sağlanabilir (Erol & Enç, 2009; Juall Carpenito, 2010).

Sonuç:

Uyku sorunları yaşayan hastalarda multifaktöriyel belirtiler (nörolojik, kardiyovasküler, psikolojik, immunolojik veya solunuma ilişkin) ve bu belirtilere eşlik eden bir çok sağlık sorunları ortaya çıkmakta, bu durum da hastaların prognozunu etkileyebilmektedir (Erol & Enç, 2009; Tembo & Parker, 2009). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, hastalara bütüncül bir yaklaşım sağlayabilmesi için; uyku sorunları yaşayan hastaları erken dönemde fark edebilmesi, uyku sorunlarına ilişkin hemşirelik girişimlerinde bulunarak, neden olan stresörlerin azaltılması, gerekli çevre düzenlemeleri yapması ve hastalar için rahat bir ortamın sağlanmasında büyük bir rol ve sorumluluğu bulunmaktadır (Erol & Enç, 2009; Uslu & Demir Korkmaz, 2015). Hasta ve çevre ile ilişkili faktörlerin uyku sorunlarına neden olmaması için, hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Bu nedenle hemşirelerin öncelikli olarak uyku kavramına, uykuyu etkileyebilecek faktörlere ve uyku sorunları ile baş etmede hemşirenin rol ve sorumluluklarına ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Ayrıca uyku sorunu yaşayan hastalar için, hemşirelerin uykuya yönelik planladığı bakımlar ile hemşirelik uygulamalarını geliştirmelerinin, bakım kalitesini artırarak hastalara bütüncül yaklaşımı destekleyeceği öngörülmektedir (Erol & Enç, 2009; Uslu & Demir Korkmaz, 2015).

KAYNAKÇA

- Beltrami, F. G., Nguyen, X.-L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : Publicacao Oficial Da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 41(6), 539–46. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Bilhari Shailesh, McEvoy Doug, Matheson Elisha, K. S. (2012). Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Units. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(3), 301–307. <https://doi.org/10.5664/jcsm.1920>
- Delves, J. (2009). Sleep Deprivation in the Intensive Care Unit. *HNE Handover: For Nurses and Midwives*, 2(1), 16, 20.
- Drouot, X., Cabello, B., d'Ortho, M.-P., & Brochard, L. (2008). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*, 12(5), 391–403. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2007.11.004>
- Eliassen, K. M., & Hopstock, L. A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit-a survey of nurses' interventions. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(3), 138–42. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.001>
- Erol, Ö., & Enç, N. (2009). Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları ve Hemşirelik Girişimleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(1), 24–31.
- Hintistan, S., Nural, N., & Öztürk, H. (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40–46.
- Juall Carpenito, L. (2010). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (F. Erdemir, Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. Retrieved from <https://www.nadirkita.com/hemsirelik-tanilari-el-kitabi-lynda-juall-carpenito-kitap10374942.html>
- Kurt, S. (2013). Sleep Problems In Critical Care Patients and Nursing Care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(5), 24–31. <https://doi.org/10.5543/khd.2013.001>
- Little, A., Ethier, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D., & Mehta, S. (2012). A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiologica*, 78(4), 406–14.
- Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), 731–738. <https://doi.org/10.1164/rccm.201411-2099CI>
- Ritmala-Castren, M., Virtanen, I., Leivo, S., Kaukonen, K. M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Sleep and nursing care

activities in an intensive care unit. *Nursing and Health Sciences*, 17(3), 354–361.

<https://doi.org/10.1111/nhs.12195>

Taştan, S., Ünver, V., Iyigün, E., & Iyisoy, A. (2010). Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients . *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 4(1), 5–10. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77953428944&partnerID=40&md5=c3ba0124df7585d957d7df1a91e2eeb9>

Tembo, A. C., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(6), 314–22. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.07.002>

Uslu, Y., & Demir Korkmaz, F. (2015). Intensive Care Patients Sleep and Nursing Role. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 156–161. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.156>

Uzun, K., & Yavsan, D. M. (2016). Sleep in Intensive Care. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2), 230–236. <https://doi.org/10.5152/gghs.2014.0013>

S-16

Mekanik Ventilasyonlu Hastalarda Müzik Terapinin Ağrı, Anksiyete Ve Yaşamsal Bulgulara Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma BİRGİLİ¹, Fatmana İZAN²

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği

Özet

Giriş-Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde 48 saatten fazla mekanik ventilasyon desteğinde kalan hastaların ağrı ve anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir. Bu çalışma, yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sevdikleri müzikle yapılan müzik terapinin, ağrı, anksiyete ve yaşamsal bulgularına etkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinin anestezi ve reanimasyon yoğun bakım kliniğinde, Mayıs 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, yetişkin yaş grubu (18-85), nörolojik hastalık tanısı almamış olan, psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan, sedasyon tedavisi uygulanmayan, yüksek doz inotrop desteğinde olmayan, hemodinamisi stabil olan, işitme problemi olmayan, mekanik ventilatör modu aynı olan, Glaskow Koma Skalası (GKS) puanı 9 ve üstünde, en az 24

saat mekanik ventilatöre bağlı 62 hasta (31 uygulama, 31 kontrol) oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; hastaların müzik terapiden hemen önce, müzik terapinin 30. dakikası, 60. dakikası ve müzik terapinin bitiminden 30 dakika sonra, hasta tanıtım ve hasta izlem formu, anksiyete ve ağrı yüz ölçeği kullanılarak toplandı. Müzik 60 dakika süresince MP3 Player ile dinletildi. Veriler ki- kare, t testi ve Mann Whitney U Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların zamanlara göre sistolik-diastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızı değişimini ve birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla homojen olanlarda Repeated Measure ANOVA ve Bonferrini testi kullanılmıştır. Homojen olmayanlarda, oksijen satürasyon, anksiyete ve ağrı yüz ölçeği değerleri ise Friedman testi ile analiz yapılmıştır.

Bulgular: Uygulama ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete ve ağrı yüz ölçekleri kullanılarak elde edilen değerlerin istatistiksel analizinde müzik terapinin 0. dakikasında anlamlılık saptanmazken, uygulama grubunda müzik terapinin 30., 60. ve müzik terapi bittikten 30 dakika sonra anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama grubunda müzik terapi uygulandıktan sonra sistolik-diastolik kan basıncı, solunum hızında farklı zamanlarda ölçülen değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sevdiği müziğin kullanılmasının anksiyete ve ağrı yönetimine, kan basıncı değerlerine ve solunum hızını anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir.

Giriş

Yoğun bakım üniteleri yaşam kurtarıcı pek çok bakım ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı; ileri teknoloji kullanımı, bilgi, yüksek performans ve dikkat gerektiren bölümlerdir (Uslu & Demir Korkmaz, 2016). Yoğun bakımda yatan kritik durumda olan hastaların çoğu ise mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duymaktadır (Türkoğlu, 2015). Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda uygulanan invaziv ve noninvaziv girişimler, yoğun bakım hastalarında iyileşmeyi sağlamalarının yanı sıra hastalarda iletişim sorunları, uyku bozuklukları, izolasyonla birlikte yalnızlık duygusu, anksiyete ve ağrı yaşanmasına neden olmaktadır (Yaman Aktaş & Karabulut, 2014). Hastaların yoğun bakım ünitelerinde 48 saatten fazla mekanik ventilasyon desteğinde kaldıklarında; ağrı ve anksiyeteyi birlikte yaşadıkları saptanmıştır (Uyar & Akın Korhan, 2011). Anksiyeteyi önleme kas gerginliğini azaltarak hastanın ağrıya toleransını artırır. Buna karşın, anksiyete otonom sinir sistemini uyararak ağrıya neden olmaktadır. Genel olarak, ağrıyı tolere etme ve ağrının algılanması ile anksiyete düzeyi arasında dönüşümlü bir ilişki vardır (Uyar & Akın Korhan, 2011; Dedeli & Akyol, 2008). Yoğun bakım ünitelerinde ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde çoğunlukla medikal tedaviler kullanılmaktadır. Ağrı ve anksiyete yoğun bakım hastalarının tedavisi boyunca mutlak engellenmesi gerekli olan bir durumdur. Hastaların sadece tedavileri değil, onlar için olabilecek en konforlu bakımı sağlayabilmek yoğun bakımda çalışan hemşireler için en önemli yaklaşımlardandır. Yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile en fazla birlikte olan ekip üyesi olmaları ve onları yakından izlemeleri nedeniyle

ağrının değerlendirilmesi ve giderilmesinde, anksiyetenin önlenmesinde büyük sorumlulukları vardır (Karayurt & Akyol, 2010). Kaliteli bir hemşirelik planlaması ile farmakolojik olmayan yöntemlerle sedasyon ihtiyacı azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir. (Sılay & Akyol, 2017).

Müzikle tedavi, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan invaziv olmayan nonfarmakolojik bir yöntem olarak, hastaların bakımlarına katılmalarına kendi düşünceleri doğrultusunda imkan sağlayan estetik yaklaşımlı bir müdahale yöntemi olarak kabul edilmektedir. Müzik terapi, hemşirelik disiplininin önemli bir parçası olarak tanımlanırken (Akin Korhan, Khorshid, Uyar, 2011), müzik terapinin uygulamada kullanılması ile hemşirelik girişim ve uygulamalarının zenginleşmesine neden olacaktır. Yapılan çalışmalarda müzik terapinin; ağrı düzeylerini azalttığı (Vural & Eti Aslan, 2014), sistolik kan basıncı (Lee ve ark., 2016; Saadatmand, Rejeh, Heravi-Karimooi, 2013; Chen, 2013) ve diastolik kan basıncı (Uzelli Yılmaz, 2016; Saadatmand, Rejeh, Heravi-Karimooi, 2013) değerlerini düşürdüğü, nabız hızını azalttığı (Lee ve ark., 2016; Su ve ark., 2013), solunum hızını azalttığı (Han et al., 2008), oksijen satürasyon düzeyini anlamlı derecede yükselttiğinin (Uzelli Yılmaz, 2016; Çiftçi & Öztunç, 2015), tespit edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar, kişisel bakımlarında hemşireye bağımlıdır. Sevdiği ve tercih ettiği müziği seçmesine izin verilen hastalar, kendi bakımlarında güç sahibi olduklarını hissederek, iyileşmelerine katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu nedenle yoğun bakımda mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların sevdikleri müzikle terapinin, ağrı, anksiyete ve yaşamsal bulgularına etkilerini araştırmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Deneysel ve tek kör olarak yapılan araştırmanın evrenini Türkiye’de Ege Bölgesi’ndeki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ nin Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği’ nde, 01/5/2015-31/5/2016 tarihleri arasında yatan, mekanik ventilasyon desteğinde olan 442 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi, mekanik ventilasyon desteğinde olan, yetişkin yaş grubu (18-85), nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan, sedasyon tedavisi uygulanmayan, yüksek doz inotrop desteğinde olmayan, hemodinamik stabilitesi olan, işitme problemi olmayan, mekanik ventilatör modu aynı olan, GKS puanı 9 ve üstünde, en az 24 saat mekanik ventilasyon cihazına bağlı olan 31 deney, 31 kontrol grubundan oluşan toplam 62 hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; bilinci açık hastanın kendisinden, bilinci kapalı hastanın ailesinden onam alındıktan sonra, hasta tanıtım ve hasta izlem formu, anksiyete ve ağrı yüz ölçeği kullanılarak toplandı.

Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formunda, hastanın kontrol ya da deney grubunda olup olmadığı, hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, mekanik vantilatöre bağlanma gün sayısı, GKS puanı, ek hastalıkları ve hastanın kaç gündür yoğun bakımda yattığına dair toplam 9 madde bulunmaktadır.

Hasta İzlem Formu: Hasta izlem formunda, hastanın müzik terapiye başlamadan hemen önce, müzik terapinin 30., müzik terapinin 60. ve müzik terapi bitiminden 30' sonra ölçülen kan basıncı, nabız, solunum hızı ve oksijen satürasyon değerini içeren değerlere yer verilmiştir.

Anksiyete Yüz Ölçeği: Anksiyete Yüz Ölçeği McKinley ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yoğun bakımdan hastaların servise geçişlerinde hazır olup olmadıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçekte beş adet yüz ifadesi bulunmaktadır. Bir puandan beş puana kadar puanlama yapılmakta olup puanlama olumludan olumsuz doğru yönelen bir doğrultudur. Puan arttıkça anksiyete düzeyi artmaktadır (McKinley, Coote, Stein-Parbury, 2003).

Yüz İfadesi Ağrı Ölçeği: Yüz ifadesi ölçeği, Wong ve Baker (1988) tarafından çocuklarda ağrı tanılması yapmak için geliştirilmiştir. Ölçek aynı zamanda mental veya konuşma kabiliyeti sınırlı olanlarda da kullanılabilir. Yüz ifadesinin karşısına denk gelen "ağrım yok, hafif ağrım var, orta şiddette ağrım var, çok ağrım var, şiddetli ağrım var ve çok şiddetli ağrım var" ağrı ifadeleri bulunur.

Dinletilecek Müziğin Seçilmesi: Heiderscheit, Breckenridge, Chlan, Savik, (2014), hastalar için, aile üyeleri, kişisel müzik koleksiyonunun bir parçası olarak hastanın hali hazırda sahip olduğu müzikleri getirebileceklerini belirtmektedir. Bu çalışmada da bazı hasta yakınları, hasta bireyin kişisel müzik koleksiyonundan oluşan MP3 getirdiler, müzik koleksiyonu araştırmacı tarafından gözden geçirilerek müzik listeleri her bir birey için ayrı hazırlandı.

Müzik Terapinin Uygulanması: Araştırmanın sınırlılıklarına uyan hastalara, müzik terapi uygulamaya başlamadan hemen önce hastaların sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızı, oksijen satürasyonu, anksiyete yüz ölçeği ve ağrı yüz ölçeği değerleri ölçülüp kaydedilmiştir. Kayıt işleminden hemen sonra uygulama grubundaki hastalara kulaklıklılı MP3 player aracılığı ile müzik 60 dakika dinletilmiştir. Müzik terapinin 30., müzik terapinin bittiği 60. ve son olarak müzik terapi bittikten yarım saat sonra hastaların sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızı, oksijen satürasyonu, anksiyete ve ağrı yüz ölçeği değerleri ölçülüp kaydedilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların değerleri uygulama grubundaki hastalarla eş zamanlı olarak ölçülüp, kaydedilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme

Normallik testi olarak Shapiro Wilk testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma veya medyan (min-max), kategorik değişkenler için frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi ve t-testi kullanılarak karşılaştırıldı. Farklı zaman noktalarındaki yanıtlar için, yüzde değişim, temel ölçümlere göre hesaplandı. Kategorik değişkenler, Pearson'ın ki-kare testi, Fisher's exact testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılarak karşılaştırıldı. P değeri <0,05 anlamlı kabul edildi. Tekrarlanan ölçümler ANOVA ve Friedman testleri grup karşılaştırması için yapıldı. Bonferroni testi çoklu karşılaştırmalarda da kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS ver.23.0 ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli kurumlardan; Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan, yazılı onam alınmıştır. Karar verme yetileri yeterli olmayan hastaların yakınlarına, araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak bildirilmiş, hasta yararına iş birliği yapılmıştır. Müzik terapi yapılmadan önce bilinci açık ya da kapalı olsun yapılacak işlem hakkında hastaya açıklama yapılmıştır.

Bulgular

Uygulama grubunda yer alan hastaların %51.6'sı 65-85 yaş grubunda, kontrol grubunda yer alan hastaların ise %67.7'si 65-85 yaş grubunda yer almaktadır. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların %61.3 erkek hastadan oluşmaktadır. Uygulama grubunda eğitim durumu ilkökul olan hastaların oranı %77.4 iken kontrol grubunda %83.9 olarak görülmektedir. Uygulama grubunda evli olan hastaların oranı %77.4 iken kontrol grubunda %67.7 olarak tespit edilmiştir. Uygulama ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, mekanik ventilasyona bağlanma gün sayısı ve GKS değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Uygulama ve kontrol grupları arasında 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki anksiyete ve ağrı skorları arasındaki değişim karşılaştırıldığında 0. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), 30., 60. ve 90. dakikalarda ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uygulama grubunda yer alan hastaların anksiyete ve ağrı skorları kontrol grubuna göre 30.,60., ve 90. dakikalarda daha fazla düşmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Müzik Terapinin 0. , 30. , 60. ve 90. Dakikasında Anksiyete ve Ağrı Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Variables	Uygulama Grubu	Kontrol Grubu	p
MT 0.' Anksiyete f	3 (2-4)	3 (2-4)	0.822
MT 30.' Anksiyetef	-1 (-2-0)	0 (-1-1)	<0.001
MT 60.' Anksiyetef	-1 (-2-0)	0 (-1-1)	<0.001
MT 90.' Anksiyetef	-1 (-2-0)	0 (-2-1)	<0.001
MT 0.' Ağrı f	4 (2-6)	4 (2-8)	0.117
MT 30.' Ağrıf	-2 (-4-0)	0 (-2-2)	<0.001
MT 60.' Ağrıf	-2 (-6-0)	0 (-4-2)	<0.001
MT_90.'_Ağrı_f	-2 (-6-0)	0 (-4-2)	0.004

Uygulama ve kontrol grupları arasında 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki sistolik kan basıncı ve solunum sayısının değişimleri incelendiğinde 60. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0.025$, $p=0.036$). Uygulama grubunda yer alan hastaların sistolik kan basınçları ve solunum sayıları 60. dakikada kontrol grubunda yer alanlara göre daha fazla düşmüştür. Diastolik kan basıncı, nabız ve spo2 için iki grup karşılaştırıldığında 0., 30., 60. ve 90. dakikalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Müzik Terapinin 0. , 30. , 60. ve 90. Dakikasında Yaşamsal Bulgularının Karşılaştırılması

Variables	Uygulama Grubu	Kontrol Grubu	p
MT 0.'Sistolik KB	127.10±26.96	116 (83;177)	0.551
MT 30.' Sistolik KB yd	-0.02 (-0.15;0.51)	0.04 (-0.25;0.27)	0.039
MT 60.' Sistolik KB yd	-0.06 (-0.22;0.2)	0.01 (-0.23;0.51)	0.025
MT 90.'Sistolik KB yd	-0.02 (-0.23;0.43)	0.01 (-0.32;0.38)	0.172
MT 0.' Diastolik KB	64 (34;101)	60 (44;94)	0.434
MT 30.'Diastolik KB yd	0 (-0.31;0.44)	0.02 (-0.33;1.07)	0.084
MT 60.'Diastolik KB yd	-0.04 (-0.45;0.32)	0 (-0.37;0.41)	0.113
MT 90.' Diastolik KB yd	-0.01 (-0.18;0.38)	0 (-0.24;0.3)	0.593
MT 0.'Nabız	91.61±20.37	88.87±19.35	0.589
MT30.'Nabızyd	-0.03 (-0.23;0.46)	0.01 (-0.29;0.84)	0.394
MT60.'Nabızyd	-0.02 (-0.29;0.15)	0.01 (-0.3;0.81)	0.058
MT90.'Nabızyd	-0.01 (-0.28-0.13)	0 (-0.26;0.68)	0.593
MT0.' Solunum	18 (10;31)	18 (10;32)	0.511
MT30.'Solunum_yd	-0.06 (-0.54;0.33)	0 (-0.28;0.73)	0.147
MT60.'Solunum_yd	-0.13 (-0.57;0.06)	-0.05 (-0.5;0.2)	0.036
MT 90.'Solunum_yd	-0.06 (-0.57;0.67)	-0.04 (-0.53;0.64)	0.949
MT0.' Spo2	97 (88;100)	97 (92;100)	0.253
MT30.'Spo2_yd	0 (-0.03;0.08)	0 (-0.04;0.06)	0.239
MT 60.'Spo2_yd	0 (-0.04-0.11)	0 (-0.03;0.05)	0.777
MT_90.'_Spo2_yd	0 (-0.08;0.08)	0 (-0.05;0,04)	0.597

Uygulama ve kontrol grupların yer alan birimlerin zamana bağlı sistolik, diastolik kan basıncı, nabız, solunum hızı ve spo2 ölçümlerinin grup içi değişimleri incelenmiştir. Uygulama grubunda yer alan hastalar için sistolik ve diastolik kan basıncı için 0.dk ile 60.dk arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p=0.035$, $p=0.012$),sistolik ve diastolik kan basıncı ölçümleri 60. dakikada 0. dakikaya göre düşme görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan birimler için zamana bağlı sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve solunum ve spo2 ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Uygulama grubunda yer alan hastalar için solunum sayıları açısından ölçümler karşılaştırıldığında 60. dakikaya kadar düşüş gösterirken ($p=0.001$) 90. dakikada tekrar artış göstermiştir. Kontrol grubunda yer alan birimler için sadece 0.dakika ile 60.dakika arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken solunum sayısı 60. dakikada düşüş göstermiştir.

Tartışma

Müzik terapi ile ilgili pek çok çalışma çoğunlukla müziğin etkisine odaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda kullanılan müzik türleri ile ilgili bilgi genelde sınırlıdır. Farklı müzik türlerinin terapötik etkisinin incelendiği

çalışmalar (Lee ve ark., 2016; Suhartini, 2011) olmasına rağmen çoğunlukla araştırmacının seçtiği müzikle yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Heiderscheit Breckenridge, Chlan, Savik, (2014) mekanik ventilasyona bağlı hastaların kendi bakımlarında etkin olabilmesi için müzik tercihlerinin dikkate alınması gerektiğini savunmuşlardır. Müzik terapinin en önemli etkisi gevşemenin olabilmesi için hastanın müziği beğenme derecesi; sevmeye ve rahatlama, zevk ve acıyı, kötüyü düşünmeme arasında anlamlı korelasyonlar oluşmuştur (Stratton & Zalanowski, 1984). Bu çalışmada hastaların sevdiği müzikle terapide, uygulama grubundaki hastalara müzik 60 dakika süresince dinletilmiştir. Araştırma sonuçları anksiyete, ağrı ve yaşamsal bulgulara etkisi değerlendirilmiştir.

Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların %80'inde depresyon, anksiyete ve deliryum görüldüğü tespit edilmiştir (Khorshid & Akın 2007). Hastayı 24 saat gözlemleyen, en küçük değişikliklerin hemen farkına varabilen hemşirenin gücü bu konuda yadsınamaz bir gerçek olup, hemşirelerin hastalarda oluşabilecek komplikasyonları engellemekte önemli görevlerindedir. Çalışmada uygulama ve kontrol grupları arasında 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki anksiyete skorları arasındaki değişim karşılaştırıldığında 0. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken 30., 60. ve 90. dakikalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uygulama grubunda yer alan hastaların anksiyete skorları kontrol grubuna göre 30., 60., ve 90. dakikalarda daha fazla düşmüştür. Müziğin etkisi müzik terapi kesildikten sonraki 30 dakika içinde de devam ettiği görülmektedir. Hastaların kendi seçtikleri müzikle terapi ile yapılan çalışmalarda anksiyete seviyelerinin azaldığı belirtilmektedir (Clark ve ark., 2006; Wang, Kulkarni, Dolev & Kain, 2002).

Yoğun bakımda yatan ve mekanik ventilasyon desteğinde hastaların ağrı kaynaklarının varlığı, diğer hastalara göre daha fazladır. Uygulama ve kontrol grupları arasında 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki ağrı skorları arasındaki değişim karşılaştırıldığında 0. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken 30., 60. ve 90. dakikalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uygulama grubunda yer alan hastaların ağrı skorları kontrol grubuna göre 30., 60., ve 90. dakikalarda daha fazla düşmüştür. Müziğin etkisi müzik terapi kesildikten sonraki 30 dakika içinde de devam ettiği görülmektedir. Uygulama ve kontrol grupları arasında müzik terapinin 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki sistolik kan basıncı değişimleri üzerine etkisi incelendiğinde; 60. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Uygulama grubunda yer alan hastaların sistolik kan basınçları 60. dakikada kontrol grubunda yer alanlara göre daha fazla düşmüştür. Uygulama grubunda yer alan hastalar için sistolik ve diastolik kan basıncı için 0.dk ile 60.dk arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, sistolik ve diastolik kan basıncı ölçümleri 60. dk da 0. dk ya göre düşme görülmektedir. Lee ve arkadaşlarının (2016) hastalarda 30 dakikalık müzik terapinin sistolik kan basıncı üzerine olumlu etkileri olduğunu tespit ederken diastolik kan basıncına olumlu etkilerinin olmadığını tespit etmişlerdir. Mekanik ventilasyona bağlı hastalarda müzik terapinin sistolik ve diastolik kan basıncına etkisinin incelendiği çalışmalarda, sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir (Uzelli Yılmaz ve ark., 2013; Saadatmand, Rejeh,

Heravi-Karimooi, 2013; Almerud & Petersoon, 2003). Müzik terapinin sistolik ve diastolik kan basıncına olumlu etkilerinin görüldüğü bu çalışma sonuçları çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir

Uygulama ve kontrol grupları arasında 0., 30., 60. ve 90. dakikalardaki solunum hızı değişimleri incelendiğinde 60. dakikada istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Uygulama grubunda yer alan hastaların solunum hızları 60. dakikada kontrol grubunda yer alanlara göre daha fazla düşmüştür. Uygulama grubunda yer alan hastalar için solunum sayıları açısından ölçümler karşılaştırıldığında 60. dakikaya kadar düşüş gösterirken 90. dakikada tekrar artış göstermiştir. Kontrol grubunda yer alan birimler için sadece 0. dakika ile 60. dakika arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken solunum sayısı 60. dakikada düşüş göstermiştir. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların müzik terapinin solunum hızına olumlu etkilerinin görüldüğü ve çalışma sonuçlarımız ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akin Korhan, Khorshid, Uyar 2011; Wong, Lopez-Nahas, Molassiotis, 2001).

Sonuç

Araştırma sonuçlarına göre, müzik terapinin mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların anksiyete düzeylerini, ağrı durumlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca müzik terapi yapılan grubun, kan basıncı ve solunum hızına istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak;

- ✓ Çalışma ağrı ve anksiyetenin biyolojik göstergesi olan kortikotropin, kortizol, epinefrin, norepinefrin gibi stres hormonlarının değişimleri de ölçülerek tekrarlanabilir.
- ✓ Yoğun bakım ünitelerinde müzik terapinin etkin olarak uygulanabilmesi için çalışan hemşirelere hizmet içi eğitim verilmelidir.
- ✓ Müzik terapi, hemşirelik eğitimi programlarında yer almalıdır.

Kaynaklar

Akin Korhan, E., Khorshid, L., & Uyar, M. (2011). The effect of music therapy on

physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilatory support.

Journal of Clinical Nursing, 20(7-8), 1026-1034.

Almerud, S., Peterson, K. (2003). Music therapy a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients, Intensive and Critical Care Nursing,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590891> Date of access: 2015-01-19

Chen, L.C., Wang, T.F., Shih, Y.N. & Wu, L.J. (2013). Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *European Journal of Oncology*

Nursing, 17(4), 436-441.

Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, J.T. &

Chakravarthy, B. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of Music Therapy*, 43(3):247-265.

Çiftçi, H., Öztunç, G. (2015). The Effect of Music on Comfort, Anxiety and Pain in the Intensive Care Unit: A Case in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* September-December 8(3), 594.

Dedeli, Ö. & Durmaz Akyol, A. (2008). Psychosocial problems in intensive care patients. *Intensive Care Nursing Journal*, 12(1-2), 26-32.

Heiderscheit, A., Breckenridge, S.J., Chlan, L.L. & Savik, K. (2014). Music preferences of mechanically ventilated patients participating in a randomized controlled trial. *Music and medicine*, 6(2), 29.

Karayurt, Ö. & Akyol, Ö. (2010). Assessing pain in intensive care patients. *Journal of Ataturk University School of Nursing*, 11 (4).

Korkmaz, Ö.Y. (2010). Music as an intervention in hospitals/Hastanede müzik tedavisi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 7(2), 25-29.

Khorshid, L. & Akin, E. (2007). The place of music therapy in anxiety management in patients with mechanical ventilation. *Intensive Care Nursing Journal*, 11 (2), 83-88.

Lee, C.H., Lee, C.Y., Hsu, M.Y., Lai, L., Sung, Y.H., Lin, C.Y. & Lin, L.Y. (2016). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit A Randomized Controlled Trial. *Biological Research For Nursing*, 1099800416669601.

Mc Kinley, S., Coote, K., Stein-Parbury, J. (2003). Development and Testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (1), 73-79.

Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., (2013). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 50(7), 895–

904. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245705> Date off access: 2017 -02-11.

Silay, F., Akyol, A. (2017). Nurses' role in sedation control in intensive care units. *Intensive Care Nursing Review*. 21 (1), 28-35. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/ybhd/issue/30871/291279>

Stratton, V.N. & Zalanowski, A.H. (1984). The relationship between music, degree of liking, and self-reported relaxation. *Journal of Music Therapy*, 21(4), 184-192.

Su, C.P., Lai, H.L., Chang, E.T., Yiin, L.M., Perng, S.J. & Chen, P.W. (2013). A randomized

controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 69(6), 1377-1389.

Suhartini, S. (2011). Music and music intervention for therapeutic purposes in patients with ventilator support; Gamelan music perspective. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 129-146.

Türkoğlu, M. (2015). Mechanical ventilation complications and prevention. *Turkey Clinical Journal of Intensive Care-Special Topics*, 1(1): 49-54.

Uslu, Y. & Demir Korkmaz, F. (2016). In the intensive care unit, the nurse's sense of compassion" and care. *Intensive Care Nursing Journal*, 20 (22), 108-15.

Uyar, M., Akın Korhan, E. (2011). The effect of music therapy on pain and anxiety in intensive care patients. *Pain*, 23 (4), 139-146.

Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., Baysan, B., Tan, E., Erem, A., Çelik, S., Oyur Çelik, G.

(2016). The Effect of Music Therapy on Sedation Levels and Vital Signs of Patients under Mechanical Ventilatory Support: A Pilot Study *Izmir Kâtip Çelebi University Journal of Health Sciences*, 1 (3), 21-27.

Vural, F. & Aslan, F.E. (2014). Coronary artery bypass grafting in patients undergoing grafting and the effect of music healing process. *Turkey, Journal of Clinical Nursing*, 6 (1), 26-37.

Wang, S.M., Kulkarni, L., Dolev, J. & Kain, Z.N. (2002). Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesthesia & Analgesia*, 94(6), 1489-1494.

Wong, H.L., Lopez-Nahas, V., Molassiotis, A. (2001). Effects of Music Therapy on Anxiety in Ventilator Dependent Patients, *Heart&Lung*, 30(5), 376-87.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11604980> Date off access: 2015-01-19.

Wong, D., Baker, C. (1988). Pain in Children: Comparison of Assessment Scales, *Pediatric Nursing*, 14(1), 9-17.

Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N. (2014). Assessment of pain in patients with mechanical ventilation. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(4).

S-17

Çocukların Kendi Çizimleri İle Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Çiğdem ERDOĞAN ¹

Türkan TURAN ¹

Bakiye PINAR ¹

¹ Pamukkale Üniversitesi, Hemşirelik, Denizli

Giriş : Çocuklar hastalığın, tedavi sürecinin veya bilinmeyenlerin korkusu nedeniyle soru sormaktan ve duygularını dile getirmekten çekinebilirler. Çocuklardan hastalıkla ilgili algılarını ve duygularını resim çizerek görsel hale getirmelerini ve çizimlerini anlatmaları istenmesi çok sık kullanılan bir terapötik iletişim tekniğidir. Bu çalışmanın amacı çocukların çiz-anlat yöntemi ile yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesidir. Tanımlayıcı araştırma modeline sahip bu çalışma çocuk yoğun bakım ünitesinde ilk kez yatan, bilinçli ve sağlık durumu resim çizmeye uygun olan okul dönemi (6-12 yaş) çocukları ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve resim çizmeyi kabul eden toplamda 32 çocuk çalışmaya dâhil edilmiştir. Çocuklara 25*35 boyutlarında resim kâğıdı ve 12 renkli boya kalem verilerek yoğun bakım ünitesindeki bir gününü anlatan bir resim çizmeleri istenmiştir. Her çizimin tamamlanmasını takiben, araştırma ekibi üyeleri çocukların resimlerini açıklamalarını sağlamak için yarı yapılandırılmış bir görüşme yapmıştır. Çizimleri analiz etmek çalışmanın amacına uygun bir değerlendirme aracına literatürde rastlanamadığından, niteliksel içerik analizi yaklaşımı kullanılmıştır.

Bulgular : Çalışmaya katılan çocukların % 56.25'i (18 tanesi) kız, %43.75'i (14 tanesi) erkektir. Katılımcılar diyabet, trafik kazası, enfeksiyon ve AML/ALL gibi tanılar ile yattıkları belirlenmiştir. Katılımcıların çocuk yoğun bakımda hastaların ortalama 10 gün yattıkları saptanmıştır. Yoğun bakım ortamı ile ilgili çocukların çizimleri incelendiğinde çocukların yoğun bakım algısı ana teması altında yoğun bakım ortamı ile ilgili algıları, yoğun bakım ortamında kendileri ile ilgili algıları ve yoğun bakım ekibi ile ilgili algıları alt temaları ortaya çıkmıştır. Çizimlerdeki yoğun bakım ortamının kliniğe benzer olarak tasvir edildiği görülürken, bazı çocukların çizimlerinde yoğun bakım ortamının fiziki özelliği ile ilgili çizim yapmadıkları görülmüştür. Çocukların yarısı kendisini gülerken çizmiş, diğer yarısı ise ağlarken/mutsuz çizmiştir.

Sonuç : Yoğun bakım ortamındaki çocukların yaklaşık yarısı yoğun bakım ortamı ile ilgili olumsuz bir durum deneyimlememiştir.

S-18

Ethical Sensivities and Ethical Dilemmas of Intensive Care Nurses Working in Private Hospitals with JCI Accreditation Document

JCU Akreditasyon Belgesine Sahip Özel hastanelerde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılığı ve Etik İkilemleri

Nurbanu KARADEMİR

Yasemin ERGÜN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü - TÜRKİYE

GİRİŞ:

Etik, doğruya ulaşmak için yapılması gerekenleri ortaya koyar (4). Etik ikilem ise iki ya da daha fazla seçenek olduğunda hangi seçeneğin daha iyi olduğuna karar verme güçlüğünden doğar. Çoğu etik problemin özü; belirli bir durumda ne yapılabileceği ile ne yapılması gerektiği arasındaki seçimdir (2). Etik sorunları çözerken etik ilkeleri dikkate alarak karar vermek gerekmektedir (6).

Yoğun Bakımlar(YB), kritik hasta bakımının sağlandığı, yaşam sonu kararların verildiği, birçok tıbbi malzeme ve teknik donanımın kullanıldığı, etik sorunların sık yaşandığı özel birimlerdir. Bu birimde ortaya çıkan etik sorunlar, yeni tartışmaları beraberinde getirerek, yoğun bakım hemşirelerini etik ikilemlere sürüklemektedir. Bu nedenle, yoğun bakım hemşirelerinin çalışırken karşılaştıkları etik ikilemlerin farkında olması ve bu ikilemlere etkili çözümler getirebilmeleri ve diğer sorunlardan ayırabilmeleri için etik duyarlılıklarının gelişmesi önemlidir (6).

AMAÇ

Araştırma; akreditasyon belgesi almış özel hastanelerde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerini ve karşılaştıkları etik ikilemleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma evrenini, İstanbul ilinde JCI Akreditasyon belgesi almış özel hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluştururken, araştırmaya izin veren 5 hastanenin yoğun bakımlarında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hemşire oluşturmıştır.

Veri toplama aracı, araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan hemşirelerin özellikleri ve etik ile ilgili kurumsal düzenlemeleri sorgulayan ‘Sosyo – Demografik Veri Formu’, karşılaştıkları etik problemler ve karşılaşma sıklıkları içeren 16 soruluk “YB Etik İkilem Anketi” ve “Ahlaki Duyarlılık Anketi(ADA)” olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (4,6,7). Birinci bölümde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, pozisyon, YB deneyimi, YB’da çalışmayı isteme, etik problemle karşılaşma durumu, karşılaşılan etik sorunlar ve çözümleme şekli, kurumda etik eğitimi verilme ve etik komitenin varlığı olmak üzere toplam 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümdeki etik ikilem anketindeki her bir ifade Karşılaşmadım=1, Nadiren karşılaştım=2, Sık karşılaştım=3 ve Çok sık karşılaştım= 4 olarak puanlandırılmıştır. Üçüncü bölümdeki etik duyarlılığı ölçen Ahlaki Duyarlılık Anketi, Lutzen(1994) tarafından oluşturulmuş, Tosun(2005) tarafından Türk kültürüne uyarlanmış ve hemşire grubunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış güvenilir(Cronbach $\alpha=0,84$) bir araçtır. ADA, 30 maddeden ve 6 boyuttan oluşan 7’li likert tipi bir ölçektir. ADA, Otonomi (10, 12, 15, 16, 21, 24, 27. maddeler), Yarar Sağlama (2, 5, 8, 25. maddeler), Bütüncül Yaklaşım (1, 6, 18, 29, 30. maddeler), Çatışma (9, 11, 14. maddeler), Uygulama (4, 17, 20, 28. maddeler), Oryantasyon (7, 13,19, 22. maddeler) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 30-210 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması etik açıdan düşük duyarlılığı, puanın düşük olması ise etik açıdan yüksek duyarlılığı gösterir.

Gerekli kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, çalışma hemşirelerin uygun olduğu zaman dilimlerinde araştırmacının amacı anlatılarak ve bilgilendirilmiş onamları alınarak uygulanmıştır. Araştırma döneminde ulaşılabilen ve anketleri yanıtlamayı kabul eden hemşirelere anketler dağıtılmış yanıtlandıktan sonra geri toplanmıştır. Hemşirelere verdikleri bilgilerin gizli kalacağı konusunda güvence verildi.

Veriler bilgisayar programı aracılığıyla analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde, normallik testi, Ki Kare testi, T testi ve ANOVA testleri kullanıldı.

Araştırma zamanının sınırlı olması, yoğun bakımların kapalı birimler olması ve hemşire iş yükünün fazla olması araştırmanın güçlüklerini oluştururken, araştırmanın sadece akreditasyon belgesi almış hastanelerde ve yoğun bakım hemşirelerine uygulanması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

TARTIŞMA - SONUÇ

Hemşirelerin yaş ortalaması 26, ortalama YB tecrübesi 3 yıldır. Çoğunluğu kadın, bekar, yatak başı hemşiresi ve YB da çalışmayı kendi istemiş, yarıdan fazlası (%54,9) SML ve ön lisans mezunudur(Tablo 1). Hemşirelerin genç, tecrübelerinin az ve eğitimlerinin düşük olması özel hastanede çalışmalarından buna bağlı işgücü devrinin ve personel giderlerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin ve Etik ile İlgili Kurumsal Düzenlemelerin Dağılımı (N=102).

Tanıtıcı Özellikler		n	%	Etik ile İlgili Özellikler ve Kurumsal Düzenlemeler		n	%
Yaş	19-28	77	75,5	Etik Sorunla Karşılaşma	Evet	38	37,3
	29-38	25	24,5		Hayır	64	62,7
Cinsiyet	Kadın	76	74,5	Sorunla Karşılaştığında Çözme Biçimi	Kendi başıma	10	26,3
	Erkek	26	25,5		Yardım alarak	23	60,5
Medeni Durum	Bekar	32	31,4		Çözemedim	5	13,2
	Evli	70	68,6	Karşılaşılan Etik Sorunlar**	CPR yapmama	32	18
Eğitim	SML*	41	40,2		Aydınlatılmış onam almama	25	14
	Ön Lisans	15	14,7		Yaşam desteğinin kısıtlanması	24	13,5
	Lisans + Lisansüstü	46	45,1	Birimde Etik Eğitimi	Evet	67	65,7
Pozisyon	Hemşire	92	90,2		Hayır	18	17,6
	Sorumlu Hemşire	10	9,8		Bilgim yok	17	16,7
YB Deneyimi	0-1yıl	30	29,4	Etik Komite	Var	54	52,9
	1-2 yıl	24	23,5		Bilgim yok	48	47,1
	2-3yıl	30	29,4	Etik Sorunların Çözülme Biçimi	Hekim-Hemşire Kararı	67	65,7
	3 yıl ve üstü	18	17,6		Etik Komite Kararı	11	10,8
YB da çalışma tercihi	Evet	90	88,2		Bilgim yok	24	23,5
	Hayır	12	11,8				
Yaş ort ± SS (Min.- Maks) 26 ± 5 (19-38)							
YB deneyim yılı ort ± SS (Min.- Maks) 2,83 ± 2,75 (1 ay -10 yıl)							

(*) SML: Sağlık Meslek Lisesi (*) Birden çok yanıt verilmiştir.

Katılımcıların üçte birinden fazlası (%37,3) mesleki yaşamında etik sorunlarla karşılaşmış, CPR girişiminde bulunulmaması (%18), aydınlatılmış onamın istenmemesi (%14) ve yaşam desteğinin kısıtlanması (%13,5) gibi konularda sorun yaşamış, %60,5'i bu sorunları yardım olarak çözmüştür (Tablo 1). Diğer çalışmalara göre çalışmamızda hemşirelerin etik sorunla karşılaşma oranı düşük düzeydedir, bu durum katılımcıların özel hastanede çalışmasına bağlı olabilir. Yine çalışmamızda hemşireler, %13,2 gibi bir oranda sorunları çözümleyememekte veya yardım olarak çözümlenmekte iken Tazegün'ün çalışmasında sorunları kendi başlarına çözmektedir (5).

Hemşirelerin yarıya yakınının (%47,1) kurumlarında etik komitenin varlığından, %23,5'i etik sorunların çözümlenme biçiminden %16,7'si etik eğitimin verilme durumundan haberdar olmadığını bildirmiştir. Bu durum, YB hemşirelerinin etik konusuyla ilgili donanım ve oryantasyonlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %26,4'ü "Acil durumlarda uygulanacak işlemler için hasta ya da yakınlarından onay alınmadığını", %23,6'sı "YB'larda karşılaşılan etik problemlerde ortak karar verme yerine hekimin karar verdiğini", %21,6'sı "Maddi ya da statü bakımından üstün olan hastalara ayrıcalıklı davranıldığını" sık karşılaşılan etik problemler olarak dile getirmiştir. Son belirtilen etik sorun özel hastanede yapılmış araştırma olması nedeniyle oldukça manidardır. Hekimin tek başına karar vermesi; çalışanların karar alma konusunda hekimlerle yetki ve hiyerarşiye dayalı sorunlar yaşadığını göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile etik problemle karşılaşma durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=4,85$; $p=0,028$). Buna göre, Lisans ve yüksek lisans mezunlarının etik problemle karşılaşma oranı ön lisans ve lise mezunlarına kıyasla daha fazladır. Bu durum lisans mezunlarının diğerlerine göre etik bir soruna karşı farkındalık ve duyarlılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeylerinin etik duyarlılığı arttırdığını kanıtlayan araştırmalar mevcuttur (1). Ancak, çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumuna göre etik duyarlılıkları arasında bir fark saptanmamıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık puanı $84,78 \pm 22,88$ olup yüksek düzeydedir. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin etik duyarlılıkları çatışma ve yarar sağlama boyutunda orta düzeyde iken diğer boyutlarda yüksek düzeydedir. Çalışma sonuçlarımız Tosun ve Öztürk'ün çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (3,7).

Hemşirelerin bireysel özellikleri ile etik duyarlılık ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve YB deneyimi değişkenleri hariç diğer tüm değişkenler yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Katılımcıların cinsiyetine göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları kıyaslandığında; otonomi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($t=2,16$; $p=0,033$). Buna göre, ölçeğin otonomi alt boyutunda kadınların etik duyarlılığının erkeklerden daha fazla olduğu belirlendi. Tosun'un çalışma sonuçları araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (7).

Hemşirelerin medeni durumuna göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları kıyaslandığında; çatışma alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=2,005$; $p=0,048$). Buna göre, çatışma alt boyutunda bekarların etik duyarlılığının evlilerden daha yüksektir.

Katılımcıların YB deneyimine göre ADA toplam ve alt boyut puan ortalamaları kıyaslandığında; çatışma alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiki yönden anlamlı fark bulundu ($F=3,48$; $p=0,019$). Buna göre,

çatışma alt boyutunda 1 ile 2 yıl arası YB deneyimi olanların etik duyarlılığının 4 yıl ve üstü YB deneyimine sahip olanlardan daha yüksek olduğu gözlemlendi. YB deneyimi az olanlar diğerlerinden daha çok etik duyarlılığa bağlı içsel çatışma yaşamaktadır. Köktürk ve Pekcan'ın çalışmalarında kıdemlilerin daha fazla çatışma yaşadığı görülmüştür (2,4).

Yaş ortalaması ile ADA toplam ve alt puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmamıştır. Yine, ölçeğin çatışma boyutu hariç YB deneyimi ortalaması ile ADA toplam ve alt puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı gözlemlendi çatışma alt boyutunda %99 güven aralığında pozitif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$, $r:0,259$). Yani yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça çatışma artmaktadır

Sonuç olarak, hemşirelerin kurumlarındaki etik ile düzenlemelerden yeterince haberdar olmadığı gözlemlenmiştir

. KAYNAKLAR

1. Ertuğ N, Aktaş D, Faydalı S, Yalçın O. (2014). Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital settings. *Acta Bioethica*;20 (2): 265-270.
2. Köktürk B. (2013). Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ş Merdiye)
3. Öztürk H. Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları Ve Bir Araştırma. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd.Doç.Dr. A Fulya)
4. Pekcan HS. (2007). Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. E A Şule).
5. Tazegün A.(2013). Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Ç Ayda)
6. Tel H.(2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*; 1:30-38.
7. Tosun H.(2005). Sağlık Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Kamerya Babadağ).

S-19

Yoğun Bakım Hemşirelerine Verilen Farklı Eğitim Tekniğinin Ağız Bakımı ve Gastrik Rezidüel Volüm Takibi Konusunda Bilgi Durumuna Etkisi

Banu Terzi ¹

Özlem Doğu ²

Öznur Tiryaki ³

¹ Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

² Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya, Türkiye

³ Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesi, Sakarya, Türkiye

Giriş : Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), klinik durumları ağır seyreden hastaların bakım ve tedavi gördükleri, invaziv girişimlerin en sıklıkla uygulandığı, enfeksiyon gelişme oranlarının yüksek olduğu yerlerdir. Ayrıca bu ünitelerde yaygın şekilde uygulanan mekanik ventilasyon gibi tedavi yöntemleri hastaların özellikle ağız bakımı ve beslenme aktivitelerini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle YBÜ’de çalışan hemşirelerin üniteadaki hastaların ağız bakımını ve beslenmenin sürdürülmesinde önemli bir parametre olan gastrik rezidüel volüm (GRV) kontrolünü hangi sıklıkta yapması gerektiğini bilmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerine verilen farklı eğitim tekniğinin ağız bakımı ve gastrik rezidüel volüm takibi konusundaki bilgi durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi

Bulgular : Yarı deneysel tipteki araştırma Sakarya’daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin anestezi, cerrahi, kalp-damar cerrahisi, iç hastalıkları ve nöroloji-göğüs-koroner YBÜ’lerinde çalışan toplam 82 yoğun bakım hemşiresi ile gerçekleştirildi. Hemşirelere YBÜ’de bakım ve tedavi gören hastaların ağız bakımı ve GRV izlemi konusunda eğitim verildi. Eğitim öncesi hemşirelere ilgili kılavuzlar doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan ön-test uygulandı. Eğitimden sonra hastanenin otomasyon programından ve watsaptan eğitime ilişkin algoritmalar hatırlatıcı mesaj olarak 3 ay boyunca eğitime katılan tüm hemşirelere gönderildi; ardından son-test yapıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,7 (n=67)’sinin kadın, %90,2 (n=74)’sinin lisan mezunu, %56,1 (n=46)’inin 5-10 yıl arasında YBÜ’de çalıştığı, %61 (n=50)’inin ağız bakımı ile ilgili daha önceden aldığı ve %29,3 (n=24)’ünün bu eğitimi öğrenimleri sırasında okulda aldıkları, %73,2 (n=60)’sinin ağız bakımı sıklığını değerlendirmek için herhangi bir ölçek kullanmadığı, %47,6 (n=39)’sinin günde 2-4 kez ağız bakımı yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %81,7 (n=67)’sinin GRV kontrolü yaptığı, %65,9 (n=54)’ünün GRV için bir rehber kullanmadıkları, %35,4 (n=29)’ünün günde iki kez GRV kontrolü yaptığı saptandı.

Sonuç : Araştırmada YBÜ’de çalışan hemşirelerin çoğunluğunun ağız bakımı ve GRV sıklığını değerlendirmede bir ölçek ya da rehber kullanmadıkları belirlendi. Her kurumun kendi YBÜ’lerine özel ağız bakımı ve GRV ölçüm rehberlerini hazırlamaları önerilmektedir.

S-20

Farkındalık yaratma ve tekrarlayan eğitimlerin el yıkama alışkanlığına etkisi

Süha Bozbay¹

Oktay Demirkıran¹

Serpil Cengiz²

Bilgi Çakmak¹

¹ İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul.

² İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi, İstanbul.

Giriş : El temizliği bireysel hijyenin ilk adımıdır. El yıkama, günlük yaşantı içinde bireyin kendi sağlığı için taşıdığı önemin yanında, kliniklerde hastaların ve diğer kişilerin sağlığı açısından da çok önemlidir. Enfeksiyonların önlenmesinde en etkili kontrol yöntemidir. Bu çalışmada el yıkama alışkanlığının yapılan eğitimler ile zaman içindeki değişimini saptamayı amaçladık. Yöntem: Bu çalışma yoğun bakım ünitemizde çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin el hijyenine uyumu bağımsız bir enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından gözlenerek kaydedildi. İlk yılın verileri elde edildikten sonra tüm klinik çalışanlarına aralıklarla el hijyeni eğitimleri yapıldı ve elektronik ortamda bu konunun önemini açıklayan mesajlar gönderildi.

Bulgular : Bulgular: Uyum oranları cinsiyet, mesleklere göre 2016 ve 2017 yıllarında değerlendirildi. Cinsiyete göre 2016 yılında uyum kadınlarda %65, erkeklerde %63; 2017 yılında kadınlarda %90,2, erkeklerde %66,3 bulundu. Uyum oranları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde 2016 yılında doktorlarda %55, hemşirelerde %68, hasta bakıcılarda %69; 2017 yılında doktorlarda %55,3, hemşirelerde %89,6, hasta bakıcılarda %88 bulundu. 2016 yılındaki sonuçlardan sonra yapılan eğitimlerle meslek gruplarında uyum oranlarının doktorlar dışında arttığı görüldü. Doktorlarda oranın artmasını engelleyen durum dışarıdan gelen konsültan hekimlerin el hijyenine verdikleri önemin düşük olması idi. Genel olarak yıllara göre değerlendirildiğinde 2016 yılında %64,1 olan uyum, 2017 yılında %80,3'e yükseldi. Kliniğimiz fakültede 2017 yılında erişkin klinikleri arasında birinci sıraya yerleşti.

Sonuç : Sonuç : El hijyeni gibi önemli bir konunun klinik gündeminde aktif tutulup farkındalık yaratılması ve yenilenen eğitimlerle başarıya ulaşılabilceğini göstermiş olduk.

S-21

Çocuk Merkezli Bakım Verme Ölçeğinin Geliştirilmesi

Doç. Dr. Türkan TURAN, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
02582964337,turkanturan@pau.edu.tr

Arş. Gör. Çiğdem ERDOĞAN, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 02582964356,
cigdemg@pau.edu.tr

Hemşire Bakiye PINAR, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, 5458192928, bakiye.0909@gmail.com

ÖZET

Giriş: Bu çalışma hemşirelik öğrencileri için çocuk merkezli bakım verme ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu metodolojik çalışma 209 öğrenci hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin madde havuzu literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. İçerik geçerliliğini test etmek için Delphi tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinde; iç tutarlılığı değerlendirmek amacıyla Cronbach's alpha katsayısı hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için bir alt gruba, ilk uygulamadan iki ay sonra ikinci kez uygulanmıştır.

Bulgular: Ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.94, test-tekrar test güvenilirlik korelasyon değeri 0.90 bulunmuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek faktörlü modeline ilişkin toplam açıklanan varyansın %40.03 olduğu ve maddelerin faktör yük değerlerinin 0.30 sınır değerinin üzerinde olduğu ve ölçeğin yapı geçerliliğine sahip olduğu saptandı.

Tartışma: Çalışmanın sonuçları, çocuk sağlıklı bakım verme ölçeğinin öğrenci hemşirelerin çocuk sağlıklı bakım verme ile ilgili durumlarını belirlemek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

GİRİŞ

Çocuklarla yapılan araştırmalar, onların pasif katılımcılar olmadıklarını açıkça göstermektedir. Çocuklar hastanede kaldıkları süre boyunca kendileri ile ilgili tedavi, prosedür ve bakım kararlarına dâhil olmayı istemektedirler. Tercihleri önemsenmediğinde yâda engellendiğinde ise kendilerini güçsüz hissetmektedirler. Çocukların bakıma katılımının sağlanması ve bilgi verilmesi, kendilerini daha hazır ve daha az endişeli hissetmelerini sağlamaktadır (Coyne and Gallagher, 2011; Coyne et al., 2014; Törnqvist et al., 2015; Coyne, 2008; Runeson et al., 2002; Onugha and Finlay, 2012; Schalkers et al., 2014). Bunun yanında bilgi verilmesi ve kararlara katılımlarının desteklenmesi ile birlikte kontrol hissi yaşayan çocukların tedaviye uyumlarında artış sağlanmaktadır (King 1996, Bijstervelt 2000).

Türkiye’de üniversite eğitimleri boyunca hemşirelik öğrencileri klinik uygulamalara çıkmakta ve hasta bakımında yer almaktadır. Bu nedenle çocuklara bakım veren ve stajları boyunca tüm gün çocuklar ile birlikte olan hemşirelik öğrencilerinin çocuk merkezli bakım ilgili görüşleri son derece önemlidir. Literatürde ise bildiğimiz kadarıyla öğrenci hemşirelerinin çocuk merkezli bakımla ilgili görüşlerini

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

ölçmeye yönelik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencileri için çocuk merkezli bakım verme ölçeğinin geliştirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, hemşirelik öğrencileri için çocuk merkezli bakım verme ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla yapılan metodolojik bir çalışmadır.

Bu çalışma üç aşamadan oluşmaktadır: ölçeği geliştirme (Aşama 1), pilot çalışma (Aşama 2) ve kesitsel bir araştırma (Aşama 3). İlk aşamada, ölçek için sorular oluşturmak amacı ile literatür taraması yapılmış ve Delphi tekniği kullanılarak maddeleri değerlendirmek için bir uzman paneli oluşturulmuştur. Pilot çalışma, maddelerin anlaşılabilirliğini test etmek ve ölçeğin doldurulması için gerekli zamanı belirlemek amacı ile uygulanmıştır. Aşama 3 ise geçerlilik ve güvenilirliği test etmek için yapılmıştır.

Ölçek geliştirme aşamasında ölçek formuna ait verilerin analizleri için SPSS istatistik programı kullanılmıştır. Ölçekteki maddelerin tanımlanmış davranışları ölçmede uygun sorular olup olmadığına ilişkin kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla uzman görüşlerine başvurulmuştur (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2010). Geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilirken öncelikle taslak ölçeğin kapsam geçerliğine bakılmış, ardından yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi işlemi yapılmıştır. Verilerin ve örneklemin temel bileşenler analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi uygulanmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2007). Faktörlerin daha anlamlı yorumlanması amacıyla, faktörler arasındaki en hassas ayrımı veren ve en sık kullanılan rotasyonlardan Varimax rotasyonu yapılmıştır (Ho, 2006). Faktör sayısının belirlenmesinde madde öz değerleri alt sınırı (eigenvalue) 1.00 alınmıştır (Aşkar ve Dönmez, 2005). Madde toplam korelasyonları ile maddenin geçerliğini saptamada, o maddeden alınan puanlarla tüm ölçekten alınan puanlar arasında pozitif yönde ve yeterince yüksek bir korelasyon gösteriyorsa o madde ayırt edici kabul edilir. Korelasyon katsayısının 0.20'nin altına indiği durumlarda maddenin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Özdamar, 1997). Ölçekte yer alacak maddeler belirlenirken madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirliğinin hesaplanmasında Cronbach Alpha ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı hesaplandıktan sonra tutarlılığının belirlenmesi amacıyla 50 lisans öğrencisine iki ay ara ile test tekrar test yöntemi kullanılarak ölçek uygulanmıştır. Test tekrar test yöntemi ölçeğin zaman içerisindeki güvenirliğini göstermektedir (Burns and Grove, 2003).

BULGULAR

Ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.94, test-tekrar test güvenirlik korelasyon değeri 0.90 bulunmuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek faktörlü modeline ilişkin toplam açıklanan varyansın %40.03 olduğu ve maddelerin faktör yük değerlerinin 0.30 sınır değerinin üzerinde olduğu ve ölçeğin yapı geçerliliğine sahip olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise tek faktörlü ölçeğin faktör yükleri 0.27 ile 0.56 arasında bulunmuştur. Ölçeğin uyumluluk değerleri incelendiğinde RMSEA = 0.106, $p > 0.05$, CFI = 0.93, GFI = 0.79 ve NNFI = 0.92 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA

Türkiye’de mevcut durumda, 18 yaş altı çocukların belli tıbbi durumlarda kendi başlarına tedavi olabilmek hakkını veren yasal bir düzenleme mevcut değildir (Aydın 2003). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesinde ise “Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur (kısıtlı) ise velisinden veya vasisinden izin alınır” demektedir. Bu yönetmelik de çocukların katılım hakkını net bir biçimde ortaya koymamakta, ailenin iznine vurgu yapmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). Ancak Çocuk haklarına dair sözleşmenin 12. maddesinde çocuğu etkileyen tüm konularda kendi görüşlerini özgürce ifade etme hakkının temin edilmesi gerektiği bildirilmektedir (UNCRC, 1989). Ayrıca bireyselliğe/özerkliğe saygı ilkesi etik olarak bireylerin haklarının korunması gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu nedenlerden dolayı hemşirelik öğrencilerinin çocukların katılım haklarını koruması son derece önemlidir. Çocuk merkezli bakım bu durumu destekleyen bir felsefeye sahiptir.

Çocuk merkezli bakım ölçeği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi almış öğrencilerin çocuk merkezli bakım verme durumlarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. İlgili literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili herhangi bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Bu konu ile ilgili geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

Çocuk merkezli bakım verme ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinin çocuk merkezli bakım verme durumlarının belirlenmesi için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akgül, A. (1997) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları”, Yüksek Öğretim Kurulu, Matbaası, Ankara, 602s.
- Aşkar, P. & Dönmez, O. (2004). Eğitim yazılımı geliştirme öz-yeterlik algısı ölçeği. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 6(3), 259-274.
- Aydın E. Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46(2):148-52
- Bijstervelt P. Competent to refuse? *Paediatr Nurs* 2000; 12: 33/35.
- Brummelaar et. al. 2018 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cfs.12381>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2003). *Understanding nursing research* (3th ed., pp. 265–307). WB Saunders.
- Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 3th ed. WB Saunders; 2003.p. 265–307.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi veri el kitabı*. Pegem a Yayıncılık, Ankara, 117–129.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: PegemA Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. vd. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (5. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Coyne I (2008) Children’s participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 45: 1682–1689.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Coyne 2014. [https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889\(14\)00015-5/pdf](https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889(14)00015-5/pdf)

Coyne I, Hallström I, Söderback M. Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's health care. *Journal of Child Health Care* 2016, 1-9.

Coyne I and Gallagher P (2011) Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2334–2343

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. & Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.

Dağıtım Ho, R. (2006). *Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS*. Florida: Chapman & Hall/CRC.

Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Nihal, M. N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik [Nursing research. Process, implementation, and critics]*. Nobel Kitap Evi.

Erkuş, A. (2005). *Bilimsel araştırma sarmalı*. Ankara: Seçkin Yayınları.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Yayınları.

Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2008). *How to design and evaluate research in education* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.

Hair, J. F., Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall

Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998; Resmi Gazete Sayısı: 23420.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Pearson Education, Inc. / Allyn and Bacon.

Tavşancıl, E. (2006), *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara, Nobel Yayın

King N, Cross A. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr* 1996; 115: 10/16

Runeson I, Hallström I, Elander G, et al. (2002) Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics* 9: 583–598.

Onugha N and Finlay F (2012) The voice of the adolescent. *Archives of Disease in Childhood* 97: A74–A75.

Özdamar, K. (1999). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. *Kaan Kitabevi, Eskişehir*, 2(s 257).

Özdamar K. *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 1997.

Schalkers I, Dedding CWM and Bunders JFG (2014) '[I would like] a placeto be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*. Epubahead of print 26 January 2014. DOI: 10.1111/hex.12174.

Slocum S (2005). *Assessing unidimensionality of psychological scales: using criteria from factor analysis* Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior Center for Community Health.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- Stevens, J. (1996). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. 3rd ed. USA: Lawrence Erlbaum Associates, 362-428.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.
- Törnqvist E, Mansson A and Hallstrom I (2015) Children having magnetic resonance imaging: a preparatory story book and audio/visual media are preferable to anesthesia or deep sedation. *Journal of Child Health Care* 19: 359–369.
- United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC) (1989) Convention on the Rights of the Child. Geneva: United Nations. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

S-22

Yoğun Bakım Ünitesindeki Gürültü Düzeyinin Hemşirelerin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kaygı ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ¹, Uzm. Fatma AZİZOĞLU², Dr. Şehrinaz POLAT²,
Prof. Dr. Nurten KAYA³, Prof. Dr. Halim İŞSEVER²

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) hem hastalar hem de hemşireler üzerinde negatif fiziksel ve psikolojik etkilere neden olan gürültülü ortamlardır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki araştırma bir üniversite hastanesinin YBÜ'lerinde çalışan toplam 150 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, hemşire bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Minnesota Doyum Anketi, Durumluk-Sürekli Kaygı Anketi ve SCL-90 R Psikolojik Belirti Tarama Testi kullanılarak toplandı. Araştırmada en yüksek gürültü düzeyi (71 dB(A) ve üstü) yenidoğan, nöroloji ve kalp damar cerrahisi YBÜ'lerinde ölçüldü. Gürültü düzeyinin hemşirelerin tükenmişlik ve psikolojik belirti düzeylerini istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği ($p>0,05$), dışsal doyumunu ($F=3,704$; $p=0,027$) ve trait anksiyetesini ($F=3,868$; $p=0,023$) etkilediği görüldü. Gürültü düzeyinin YBÜ'de çalışan hemşirelerin fiziksel ve ruhsal durumlarına etkilerinin incelendiği daha fazla çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

GİRİŞ

İnsanlar yaşamlarını devam ettirebilmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için üretmek ve çalışmak zorundadır. Öte yandan sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak temel insanlık hakkıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) 2006 temasını

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

güvenli ortam ve güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını ise pozitif uygulama ve çalışma ortamı üzerine odaklamıştır (ICN). Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olan insan, biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevre içinde, bu ortamlarda bulunan çeşitli faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile gelişerek varlığını sürdürmektedir (Kutlu, 2018; Mete, 2014; Velioğlu, 2012). Fiziksel çevreyi oluşturan hava, ısı, ışık, nem ve gürültü gibi unsurlar, normal olmayan düzeylerde olduğunda bireyin çalışma ortamına olumsuz etkiler yaparak insan sağlığını tehdit edebilmektedir (Kutlu, 2018; Malak Akgün ve Akgün, 2016). Bu çevresel faktörlerden gürültünün sağlık üzerine fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve çalışma performansında azalma gibi olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Öte yandan yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ses çıkaran teknolojik araç-gerecin fazla olduğu, sağlık ekibi üyelerinin ve gerektiğinde hasta yakınlarının trafiğinin fazla olduğu birimlerdir ve bu ortam gürültüye neden olmaktadır. Sağlık bakımı kurumlarındaki gürültü düzeyinin hastalar üzerindeki etkilerini inceleyen pek çok araştırma bulunmasına rağmen (Maidl-Putz ve ark., 2014) hemşireler üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görüldü.

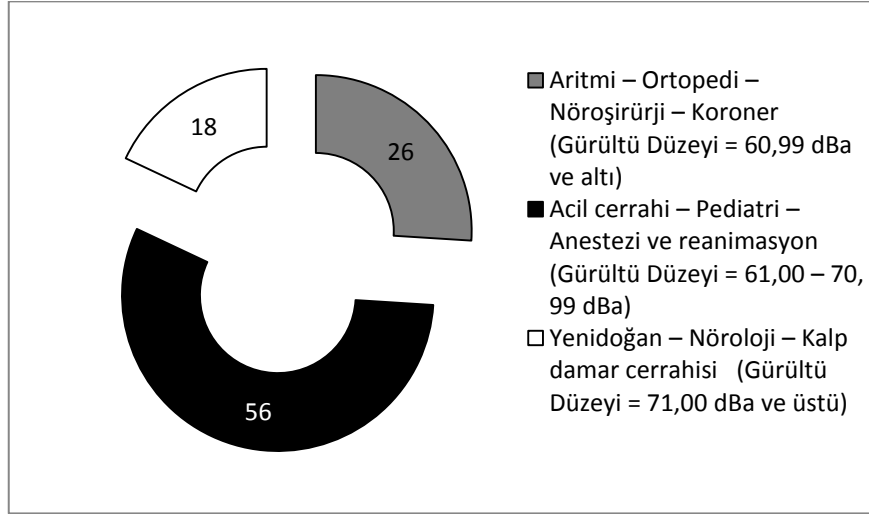
GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırmanın amacı, YBÜ'deki gürültü düzeyinin hemşirelerin tükenmişlik, iş doyumunu, kaygı ve psikolojik belirti düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmaya başlamadan önce gerekli yazılı izinler ve araştırmanın yürütüldüğü hastanenin etik kurulundan yazılı ve onaylı izin alındı. Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan toplam 150 yoğun bakım hemşiresi ile araştırma tamamlandı. Araştırmanın verileri hemşire bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Minnesota Doyum Anketi, Durumluk-Sürekli Kaygı Anketi ve SCL-90 R Psikolojik Belirti Tarama Testi ile toplandı. Gürültü ölçümleri için Tip 2250-L Brüel & Kjær marka el tipi gürültü ölçüm cihazı kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki alınan hemşirelerin %94,7 (n=142)'sinin kadın ve yaş ortalamasının 29,93±5,98 (Minimum=22, Maksimum=54) olduğu belirlendi. YBÜ'lerdeki gürültü düzeyleri incelendiğinde; en yüksek gürültü düzeyinin (71 dB(A) ve üstü) yenidoğan, nöroloji ve kalp damar cerrahisi YBÜ'lerinde ölçüldüğü saptandı. Diğer YBÜ'lerin gürültü düzeyleri ve bu ünitelerde çalışan hemşirelerin oranı Grafik 1'de yer almaktadır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris



Grafik 1. Yoğun bakım ünitelerinin gürültü düzeyleri ve bu ünitelerde gürültüye maruz kalan hemşirelerin yüzde oranları

YBÜ’lerde ölçülen gürültü düzeyi ile hemşirelerin tükenmişlik ve psikolojik belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p < 0,05$); gürültü düzeyinin hemşirelerin dışsal doyumunu ($F = 3,704$; $p = 0,027$) ve sürekli kaygı düzeyini ($F = 3,868$; $p = 0,023$) etkilediği görüldü.

TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitelerinde yaşam kurtarıcı amaçla bakım ve tedavide kullanılan araç-gereçlerin çıkardığı sesler ile bu ünitelerde çalışanların konuşmalarının temel gürültü kaynakları olarak görülmektedir (Kol ve ark., 2015; Lawson ve ark., 2010; Watson ve ark., 2015; Xie ve ark., 2013). Araştırmada, YBÜ’lerdeki gürültü düzeyi ortalamasının 64,51 dB(A) ve minimum gürültü düzeyinin 56,77 dB(A) olduğu belirlendi. Kol ve ark. (2015)’nin çalışmasında; YBÜ’lerde gürültü düzeylerinin 46 dB(A)-91 dB(A) arasında ölçüldüğü ifade edilmektedir. Literatürde YBÜ’lerdeki gürültü düzeyinin 50-75 dBA arasında değiştiği (Watson ve ark., 2015) hatta bu düzeyin 103 dBA’ya kadar bile ulaştığı belirtilmektedir (Darbyshire and Young, 2013; Xie ve ark., 2009). Bu sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün önerdiği gürültü seviyesinin oldukça üstündedir. Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerdeki gürültü seviyesinin 35 dB(A)’yı aşmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu seviyelerin üstündeki gürültünün sinirlilik, uyku bozukluğu ve sağlık üzerinde birçok olumsuz etkilere neden olabileceği belirtilmektedir (Darbyshire and Young, 2013).

Araştırmada gürültü düzeyi yüksek olan YBÜ’lerde çalışan hemşirelerin dışsal doyumlarının ve sürekli kaygı düzeylerinin diğer YBÜ’lerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu görüldü. Dışsal doyum YBÜ’nün olumsuz çevre koşulları ile ilişkilendirilebilir. Ancak bu hemşirelerde sürekli kaygı düzeyinin düşük ölçülmesinin nedenleri başka faktörler açısından ele alınarak incelenmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerindeki gürültü düzeyleri DSÖ’nün önerdiği seviyelerin oldukça üstündedir ve hemşirelerin dışsal iş doyumunu ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyebilmektedir.

KAYNAKLAR

- Darbyshire JL, Young JD. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 17: 1-8.
- Kol E, İlaslan E, İnce S. (2015). Yoğun bakım ünitelerinde gürültü kaynakları ve gürültü düzeyleri. *J Turk Soc Intens Care*, 13: 122-128.
- Kutlu R. (2018). Çevresel faktörlerin mekan kalitesi ve insan sağlığına etkileri. *TOJDAC*; 8: 67-78.
- Lawson N, Thompson K, Saunders G, Saiz J, Richardson J, Brown D, Ince N, Caldwell M, Pope D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *Am J Crit Care*, Nov 19: e88-98.
- Maidl-Putz C, McAndrew NS, Leske JS. (2014). Noise in the ICU: sound levels can be harmful. *Nursing Critical Care*; 9: 29-35.
- Malak Akgün B, Akgün M. (2016). Koruyucu ruh sağlığı bakımından hastane gürültü kontrolünde multidisipliner çalışmanın önemi. *TAF Prev Med Bull*; 15: 583-587.
- Mete S. (2014). *Hemşireliğin Temel Kavramları*. In: Türkinaz AA, Ayiße K, (eds.), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 57-79.
- Özkan Ö. Emiroglu ON. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10: 43-52.
- Velioğlu P. (Ed.) (2012). *Hemşireliğin Doğası ve Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesi*, In: *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 67-129.
- Watson J, Kinstler A, Vidonish WP, Wagner M, Lin L, Davis KG, Kotowski SE, Daraiseh NM. (2015). Impact of noise on nurses in pediatric intensive care units. *AJCC*, 24: 377-386.
- Xie H, Kang J, Mills GH. (2013). Behavior observation of major noise sources in critical care wards. *Journal of Critical Care*, 28: 1109.e5–1109.e18.

S-23

Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Tutum Ve Uygulamaları

Dr. Öğr. Üyesi Fatma BİRGİLİ¹, Fatmana İZAN²

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği

Giriş-Amaç:

Fiziksel tespit; fiziksel veya mekanik aletlerin hastanın vücuduna bağlanarak veya sağlık personeli tarafından hastaya kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hasta hareketlerinin kısıtlanması ve kolaylıkla

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

hareket etmesinin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel kısıtlama uygulaması hastanelerde sıklıkla yoğun bakımlar ve acil servis ünitelerinde kullanılmaktadır. Fiziksel kısıtlama hasta güvenliği kapsamında bireye yarar sağlaması, doğru ve etkin uygulanmadığında ise bireye zarar vermesi ve hasta otonomisini sınırlaması gibi nedenlerle etik ikilemlere yol açan tartışmalı bir uygulamadır. Araştırma yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerin fiziksel tespit ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek

Yöntem:

Araştırma evrenini bir eğitim ve hastanesinin acil ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşireler, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü 142 hemşire oluşturdu. Veriler, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren bilgi formu ve üç bölümden oluşan “Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği” ile toplandı. Elde edilen veriler SPSS programında, yüzdelik, aritmetik ortalama, ki-kare, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya katılan hemşirelerin %92.2’si kadın, %39.7’si lisans mezunu, %45.7’si 10 yıl ve üstü çalışan, %64.7’si yoğun bakımlarda, %35.3’ü acil serviste çalışmaktaydı. Çalışmada bilgi puan ortalaması, acil serviste 8.66 ± 1.30 , yoğun bakımda 8.32 ± 1.31 , tutum puan ortalaması acil serviste 32.73 ± 6.84 , yoğun bakımda 30.72 ± 6.31 , uygulama puan ortalaması, acil serviste 35.92 ± 3.96 , yoğun bakımda 35.67 ± 2.16 idi. Hemşirelerin yaş grupları, eğitim durumları, çalışma yılları haftalık çalışma saatleri ile fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum puanları ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). 18-21 yaş grubunda, lise mezunlarının, bir yıldan az çalışanların ve haftada 40-48 saat çalışanların tutum puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç:

Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi düzeyde olduğu, olumlu tutum sergiledikleri, bilgi ve tutumlarını büyük ölçüde uygulamalarına yansıttıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte, yeni mezun ve haftalık çalışma saati fazla olan hemşirelerin daha az olumlu tutum sergiledikleri, fiziksel tespit edici uygulaması için bilgilendirilmiş izin konularına yeterince dikkat edilmediği, kayıt ve rapor etmeye özen gösterilmediği, hastaların yeterince izlenmediği saptanmıştır.

Giriş

Hastane ortamındaki bireyin güvenliğini sağlamak hemşirenin mesleki sorumluluklarındandır. Bireyin güvenliğini sağlamak için en sık başvuru, hatta çoğunlukla tek seçenek olarak görülen yaklaşımın hastaya fiziksel tespit uygulanması olduğu görülmektedir (Tel ve Tel 2002). Fiziksel tespit; fiziksel veya mekanik aletlerin hastanın vücuduna bağlanarak veya sağlık personeli tarafından hastaya kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hasta hareketlerinin kısıtlanması ve kolaylıkla hareket etmesinin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Eşer ve Hakverdioğlu 2014; Kaya ve ark., 2008; Towards a Restraint Free Environment in Nursing Homes 2016; Cotter 2005). Günümüzde fiziksel kısıtlama hasta güvenliği kapsamında bireye

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yarar sağlaması, doğru ve etkin uygulanmadığında ise bireye zarar vermesi ve hasta otonomisini sınırlaması gibi nedenlerle etik ikilemlere yol açan tartışmalı bir uygulamadır (Eşer ve Hakverdioğlu 2014; Çelik ve ark., 2012). Fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin, 1989'da HCFA (Health Care Financing Administration) ve 1999'da JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tarafından belirlenen kurallar, fiziksel tespit edici kullanımı için hekim direktifinin ve öncesinde hasta ve aile üyelerinden bilgilendirilmiş izin alınması gerektiği belirtilmektedir (Çelik ve ark., 2012). Ülkemizde ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan hastane hizmet kalite standartları raporunda, hastanelerde fiziksel kısıtlamalara ilişkin standartlar belirlenmiş ve kurumlardan hasta güvenliğini sağlamak amacıyla bu standartların uygulanması istenmiştir. Fiziksel tespit uygulamasının ancak hekim istemiyle uygulanabileceği belirtilmiştir (Karagözoğlu ve Özden 2013). Mion'un (2008) çalışmasında yoğun bakım ünitesindeki hastaların %56'sında fiziksel tespit kullanıldığını belirtmiştir (Mion 2008). Hastanelerde fiziksel tespit sıklıkla yoğun bakımlar, acil servis ve psikiyatri ünitelerinde kullanılmaktadır (Kahraman ve ark., 2015). Yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşireler de fiziksel tespit edicilerin uygun kullanımı ve izlenmesine ilişkin özel politika ve prosedürleri bilmek zorundadır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin konuya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının yetersiz olduğu görülmektedir (Kaya ve ark., 2008; Karagözoğlu ve Özden 2013).

Amaç

Bu çalışma ile fiziksel tespit ile ilgili yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek ve konu ile ilgili farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Suen LKP (1999) tarafından geliştirilen, Kaya ve arkadaşları (2008) tarafından ülkemize uyarlanan, Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (Levels of Knowledge, Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire) ile veriler Mayıs 2014-Temmuz 2014 tarihleri arasında toplandı. Muğla ilinde bulunan hastanedeki yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerden, gönüllü ve sözel olarak bilgilendirilmiş izin alınan 142 hemşire çalışmaya katıldı. Çalışma için kurum yönetiminden yazılı izin alındı.

Veriler SPSS programında sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma ve nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U Testi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %92.2'si kadın, %39.7'si lisans mezunu, %45.7'si 10 yıl ve üstü çalışan, %56'sının haftalık çalışma saati 40-48 saat arasında, %64.7'si yoğun bakımlarda, %35.3'ü ise acil serviste çalışan hemşirelerden oluşmaktadır.

Çalışmada fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi puan ortalaması, acil serviste çalışanların 8.66 ± 1.30 iken, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 8.32 ± 1.31 olduğu bulundu. Katılımcıların bu bölümde verdiği yanıtlar incelendiğinde, %99,1'i "Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir" ifadesine, %95,7'si

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

“Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir”, %67,2’si “Tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir” ifadelerine katıldıklarını belirtirken, %50,9’u “Hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır” ifadesine katılmamaktadır (tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Bilgi Düzeyinin Dağılımı

Ölçek Bölümleri Bilgi	Ortalama±SS	Ölçek Sınırları	
Acil	8.66±1.30	0-11	
Yoğun Bakım	8.32±1.31		
Ölçek Maddeleri		Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)
1.Tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir.		78(%67.2)*	38(%32.8)
2.Tespit ediciler sadece profesyonel kişiler tarafından uygulanmalıdır.		97(%83.6)*	19(%16.4)
3.Hastanın durumuna uygun tespit edici belirlenmelidir.		115(%99.1)*	1(%0.9)
4.Hastaya tespit edici uygulandığında, tespit edici yatak kenarlıklarına tutturulmalıdır.		100(%86.2)	16(%13.8) *
5.Tespit edici iki saatte bir gevşetilmelidir.		111(%95.7)*	5(%4.3)
6.Hastaya tespit edici uygulandığında deri bütünlüğünde bozulma riski artar.		112(%96.6)*	4(%3.4)
7.Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir.		109(%94)*	7(%6)
8.Her açıdan çok iyi diyebileceğimiz bir tespit edici yoktur.		94(%81)	22(%19)*
9.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir.		111(%95.7)*	5(%4.3)
10.Hastaların tespit edicileri reddetme hakkı vardır.		67(%57.8)*	49(%42.2)
11.Hastalar hemşireler tarafından yakından takip edilemediğinde tespit ediciler kullanılmalıdır.		57(%49.1)	59(%50.9)*
*Doğru cevap			

Çalışmada fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum puan ortalaması, acil serviste çalışanların 32.73±6.84 iken, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 30.72±6.31 olduğu bulundu. Fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumlar bölümünde, hemşirelerin %71.5’i “Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim” ifadesine, %89.6’sı “Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum”, %73.3’ü “Tespit edicilerin kullanımı için yasal izin verilmesi çok önemlidir”, %56.9’u ise “Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur” ve “Hasta tespit edildikten sonra bilincini kaybettiğinde kendimi kötü hissedirim” ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir. %57.8’i “Hastanın tespit edilmesi hemşirelik bakımının süresini azaltır”, %62.1’i “Aile üyelerinin tespit edici kullanıldığı zaman bunu kabul etmeme hakkı olduğunu düşünüyorum”

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

ve %64.7'si "Tespit edicilerin hastaların boğulma oranını artırdığını düşünüyorum" ifadelerine ise katılmadıklarını belirtmişlerdir (tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

Ölçek Bölümleri Tutum	Ortalama±SS		Ölçek Sınırları	
Acil	32.73±6.84		12-48	
Yoğun Bakım	30.72±6.31			
Ölçek Maddeleri	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)	Kesinlikle Katılmıyorum n(%)
1.Eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim.	44(%37.9)	39(%33.6)	21(%18.1)	12(%10.3)
2.Hastaya tespit edici uyguladığımda kendimi kötü hissederim.	6(%5.2)	44(%37.9)	43(%37.1)	23(%19.8)
3.Tespit edici uygulanmış bir hastanın odasına aile üyelerinden biri girdiği zaman kendimi kötü hissederim.	10(%8.6)	54(%46.6)	40(%34.5)	12(%10.3)
4.Hasta tespit edildikten sonra daha kötü/sinirli olduğu zaman kendimi kötü hissederim.	11(%9.5)	63(%53.4)	30(%25.9)	13(%11.2)
5.Tespit edici uygulanan hastanın özgüveninde azalma olur.	21(%18.1)	45(%38.8)	42(%36.2)	8(%6.9)
6.Hastanın tespit edilmesi hemşirelik bakımının süresini azaltır.	17(%14.7)	32(%27.6)	51(%44)	16(%13.8)
7.Tespit edicilerle hastaların düşme oranının azaldığını düşünüyorum.	39(%33.6)	65(%56)	6(%5.2)	6(%5.2)
8.Aile üyelerinin tespit edici kullanıldığı zaman bunu kabul etmeme hakkı olduğunu düşünüyorum.	11(%9.5)	33(%28.4)	50(%43.1)	22(%19)
9.Yoğun bakımlarda personel eksikliği fiziksel kısıtlamanın temel nedenidir.	22(%19)	34(%29.3)	41(%35.3)	19(%16.4)
10.Hasta tespit edildikten sonra bilincini kaybettiğinde kendimi kötü hissederim.	25(%21.6)	41(%35.3)	40(%34.5)	10(%8.6)
11.Tespit edicilerin kullanımı için yasal izin verilmesi çok önemlidir.	27(%23.3)	58(%50)	25(%21.6)	6(%5.2)
12.Tespit edicilerin hastaların boğulma oranını artırdığını düşünüyorum.	19(%16.4)	22(%19)	51(%44)	24(%20.7)

it edici kullanımına ilişkin uygulama puan ortalaması, acil serviste çalışanların 35.92±3.96 iken, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 35.67±2.16 olduğu bulundu. Bu bölümde verilen ifadeler incelendiğinde, hemşirelerin %89,7'si tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap verdiklerini, %91,4'ü tespit edici uygulanan hastaya banyo verirken derisini sürtünme ya da tahriş açısından, %88,8'i "tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ettiklerini ifade ederken, %39,7'si personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hastanın tespit edildiğini belirtmişlerdir (tablo 3).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 3. Hemşirelerin Fiziksel Tespit Edici Kullanımına İlişkin Tutumlarının Dağılımı

Ölçek Bölümleri Uygulama	Ortalama±SS	Ölçek Sınırları	
Acil	35.92±3.96	14-42	
Yoğun Bakım	35.67±2.16		
Ölçek Maddeleri	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiçbir zaman n(%)
1.Hastaya tespit edici uygulamadan önce hastanın düşmesini önlemeye yönelik farklı alternatifleri denerim.	73(%62.9)	41(%35.3)	2(%1.7)
2.Tespit ediciyi sadece hekim direktifi ile uygulayım.	78(%67.2)	35(%30.2)	3(%2.6)
3.Hastanın tespit edilmesine gereksinimi düşündüğüm zaman bu fikrimi hekime bildiririm.	95(%81.9)	19(%16.4)	2(%1.7)
4.Tespit edici uygulanan hastanın çağrılarına en kısa zamanda cevap veririm.	104(%89.7)	12(%10.3)	0
5.Tespit ediciyi, her iki saatte bir doğru pozisyonda olup olmadığını belirlemek amacı ile kontrol ederim.	103(%88.8)	12(%10.3)	1(%0.9)
6.Tespit edici uygulanan hastaya banyo verirken derisini sürtünme ya da tahriş açısından kontrol ederim.	106(%91.4)	10(%8.6)	0
7.Hastanın niçin tespit edildiğini aile üyelerine anlatırım.	93(%80.2)	21(%18.1)	2(%1.7)
8.Niçin tespit edici kullanıldığını hastaya anlatırım.	88(%75.9)	27(%23.3)	1(%0.9)
9.Tespit edicinin ne zaman çıkarılabileceğini hastaya açıklarım.	80(%69)	34(%29.3)	2(%1.7)
10.Tespit edicinin açılıp açılmadığını belirlemek amacı ile sık sık kontrol ederim.	100(%86.2)	15(%12.9)	1(%0.9)
11.Tespit edici uygulandığı zaman hemşirelik notuna; tespit edicinin türünü, kullanma nedenini, uygulanma saatini ve gerekli hemşirelik girişimlerini kaydederim.	96(%82.8)	15(%12.9)	5(%4.3)
12.Tespit edici uygulandığı zaman, etkilerini sık sık kontrol eder, değerlendirir ve kaydederim.	94(%81)	21(%18.1)	1(%0.9)
13.Personel sayısı olması gerekenden daha az olduğunda pek çok hasta tespit edilir.	35(%30.2)	35(%30.2)	46(%39.7)
14.Hastanemizde hastaların hareketlerini kontrol etmek için tespit edicilerin kullanılması dışında başka yollar geliştirmeye personeller birlikte çaba gösterir.	46(%39.7)	43(%37.1)	27(%23.3)

Hemşirelerin yaş grupları ile fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum puanları ($p=0.004$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olup, 18-21 yaş aralığında olan hemşirelerin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumları ile fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumları ($p=0.00$) arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve eğitim durumları lise olan hemşirelerin daha olumlu tutum içinde oldukları tespit edilmiştir. Hemşirelerin çalışma yılları ile fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumları ($p=0.00$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, çalışma yılı bir yıldan az olanların en yüksek olumlu tutum göstermelerine karşın çalışma yılı 7-9 yıl arasında olanların ise daha düşük tutum puanları olduğu tespit edildi. Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutumları ($p=0.004$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

haftalık çalışma saati 40-48 saat arasında olanların tutum puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin demografik özellikleri ile fiziksel tespitte ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	Bilgi Ort+SS	Tutum Ort+SS	Uygulama Ort+SS
Yaş				
18-21	24(20.7)	8,8±1,2	34,72±7,06	36,08±3,13
22-27	21(18.1)	8,88±0,83	31,84±6,82	35,72±3,16
28-33	22(19)	8,3±1,08	30,17±6,9	35,2±3,38
34-33	38(32.8)	8,45±1,24	30,09±4,99	36,63±2,71
40-44	9(7.8)	8,33±1,49	30,24±6,5	36,76±2,73
45+	28(1.7)	8,2±1,53	28,79±2,72	37,29±2,02
p*		0.06	0.004	0.66
Eğitim Durumu				
Lise	33(28.4)	8.7±1,15	34,56±6,99	36,23±2,74
Ön lisans	32(27.6)	8,17±1,5	29,78±6,06	36,57±2,72
Lisans	46(39.7)	8,63±1,09	30,01±5,32	36,26±3,1
Yüksek lisans	5(4.3)	8,46±1,03	30,64±5,6	35,73±3,26
p*		0.33	0.00	0.77
Çalışılan yıl				
1 yıldan az	9(7.8)	8,67±1,32	36,89±2,37	33,89±3,82
1-3 yıl	23(19.8)	8,96±1	33,92±7,2	37,3±2,01
4-6 yıl	17(14.7)	8,52±1,03	32,48±8,05	35,24±3,85
7-9 yıl	14(12.1)	8,36±1,18	28,96±5,96	35,73±2,8
10 yıl ve üstü	53(45.7)	8,39±1,34	29,83±5,31	36,57±2,73
p		0.15	0.00	0.53
Haftalık çalışma saati				
40-48 saat	65(56)	8,46±1,34	31,9±5,8	35,87±2,77
49-57 saat	38(32.8)	8,41±1,19	29,79±6,79	36,58±3,23
58-66 saat	8(6.9)	8,5±1,15	28,17±5,73	37,39±2,43
67 ve üstü	5(4.3)	9,09±0,94	30±3,46	37,82±1,89
p		0.14	0.004	0.19

Tartışma

Çalışmada fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi puan ortalaması, acil serviste çalışanların 8.66±1.30 iken, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 8.32±1.31 olup, iyi düzeyde bulundu. Eşer ve Hakverdioğlu (2014) %57.3, Turgay, Sarı ve Genç (2009) %86.8 oranları ile tıbbi cihaz ve malzemelerin çıkarılmasını önlemeyi en yüksek fiziksel tespit kullanım nedeni olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise hemşirelerin %49.1'i hastaların yakından takip edilemediğinde fiziksel tespit kullandıklarını onaylamışlardır. Tespit edici uygulanması gerektiğinde, bilgilendirilmiş onam formunu bir aile üyesinin imzalaması gerekir şikkını hemşirelerin %32.8'i katılmadıklarını ifade etmiştir. Zencirci (2009) çalışmasında hemşirelerin %97.6'sının onam almadan kısıtlama uyguladığını, Karagözoğlu ve Özden (2013), hemşirelerin %65'inin fiziksel kısıtlama için onam aldığını bildirmiştir. Kahraman ve ark. (2015) ise hasta yakınlarının sadece %9.8'inden onam aldığını bildirmiştir. Çalışmada %86.2'si, tespit edicilerin yatak kenarlıklarına tutturulduğunu

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

belirtmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarla benzer sonuçlar içeren çalışma sonuçlarında hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulaması ile ilgili prosedürler ve hemşirelerin sorumlulukları hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Literatürde hemşirelerin fiziksel tespit uygulamalarına ilişkin olumlu tutumlarının olduğu görülmektedir (Kaya ve ark., 2008; Çelik ve ark., 2012; Suen 1999). Çalışmada fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin tutum puan ortalaması, acil serviste çalışanların 32.73 ± 6.84 , yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 30.72 ± 6.31 olup, olumlu tutuma sahip oldukları görülmektedir. Bu bölümdeki ifadeler incelendiğinde, hemşirelerin tespit edicilerin düşme oranını ve hemşirelik bakım süresini azalttığını, tespit edici kullandıktan sonra hastanın bilincini kaybettiğinde kendilerini kötü hissettiklerini ve tespit edicilerin boğulma oranını artırdığına katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin fiziksel tespite ilişkin ikilemlerinin olduğu, personel eksikliği ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların hasta bakımına yansıdığı söylenebilir.

Çalışmada fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin uygulama puan ortalaması, acil serviste çalışanların 35.92 ± 3.96 iken, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise 35.67 ± 2.16 olduğu bulundu. Balcı'nın (13) çalışmasında 36.4 ± 3.2 , Gürdoğan ve ark (14) çalışmasında 36.8 ± 3.7 , Suen (1999) çalışmasında da 37.0 ± 3.4 olup çalışmaya benzer düzeyde sonuçlar olduğu görüldü. Hemşirelerin %39.7'si personel sayısı az olduğu sürece hastaların tespit edileceğini ifade etmişlerdir.

Mion (2008), hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasında karar vermesine yaş, eğitim ve tecrübenin etkisinin olduğunu bildirmiştir. Çalışmada ise fiziksel tespit kullanımına ilişkin tutum puanlarının, 18-21 yaş aralığında, lise mezunu ve çalışma yılı bir yıldan az olan hemşirelerin daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanede bir yıldan az çalışma yılı ve lise mezunu olan hemşirelerin eğitim durumundan dolayı hastaneye atandığı tespit edildi. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim hayatı devam eden hemşirelerin daha olumlu tutum içinde olduğu söylenebilir. Hemşire sayısının yetersizliği ile pek çok hemşire haftalık çalışma saatinin üzerinde çalışmaktadır. Fazla mesai özellikle hemşirelik bakımının kalitesini etkilemektedir. Çalışmada haftalık çalışma saati 40-48 saat aralığında olan hemşirelerin daha olumlu tutum içinde olmaları beklenen bir durumdur.

Sonuç

Çalışmada mesleğe yeni başlayan, genç ve haftalık çalışma saati daha az hemşirelik lisans eğitimine devam eden lise mezunlarının o tutum puanlarının daha yüksek çıkması nedeni ile bakım hizmetlerinin kalitesini artırmak için güncel bilgilerin hizmet içi eğitimlerle verilmesi gerekmektedir, eğitimlerin uygulamalara aktarılabilmesi için hemşirelerin motivasyonunun yüksek tutulması ve personel eksikliğinin giderilmesi oldukça önemlidir, bilgi uygulamaya aktarılabilirdiği sürece anlamlıdır.

Kaynaklar

1. Balcı, H. (2016). Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit edici kullanımına yönelik bilgi, tutum ve uygulamaları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
2. Cotter, V.T. (2005). Restraint free care in older adults with dementia, *Keio Journal Medical*, 54 (2): 80-84

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

3. Çelik, S., Kavrazlı, S., Demircan, E., Güven, N., Durmuş, Ö., Duran, S. (2012). Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 176-183.
4. Eşer, İ., Hakverdioğlu, G. (2014). Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme 2006. www.cumhuriyet.edu.tr Erişim Tarihi: 22/4/2014.
5. Gürdoğan, E. P., Uğur, E., Kınıcı, E., & Aksoy, B. (2016). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(3): 83-88.
6. Kahraman, B.B., Aşiret, G.D., Yıldırım, G., Akyar, İ., Aytekin, G.K., Öz, A. (2015). Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(3):78-83.
7. Karagözoğlu, Ş., Özden, D. (2013). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 15(1): 11-22.
8. Kaya, H., Aştı, T., Acaroğlu, R., Erol, S., Savcı, C. (2008). Hemşirelerin tespit edici kullanımına yönelik bilgi, tutum ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2):21-29.
9. Mion, L.C. (2008). Physical restraint in critical care settings: will they go away? *Geriatric Nursing*, 29: 421-23.
10. Suen, L.K.P. (1999). Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. *Asian Journal of Nursing Studies*, 5(2): 73-86.
11. Tel, H., Tel, H. (2002). Fiziksel Tespit Uygulaması ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Yoğun Bakım Hemşirelik Dergisi*, 6(1): 16-22.
12. Turgay, A.S., Sarı, D., Genç, R.E.(2009). Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clin Nurse Specialist*, 23: 68-72.
13. Towards a Restraint Free Environment in Nursing Homes http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/trfe_english.pdf Erişim tarihi: 10.11.2016.
14. Zencirci, A. D. (2009). Attitudes, informed consent obtaining rates and feelings about physical restraint use among nurses. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1573-1581.

S-24

Yoğun Bakım Hemşirelerin Feedback Cihazı İle Kardiyopulmoner Resüsitasyon Deneyimleri: Nitel Ve Nicel Araştırma

Öznur Tiryaki¹, Dr. Öğr. Üyesi Özlem DOĞU², Doç. Dr. Ayça TAŞ TUNA³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

05058836246- oznurtiryaki@gmail.com

²Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sakarya, Türkiye

05056792063- ozlemdogu@sakarya.edu.tr

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon BD, Sakarya, Türkiye

05323004826-aycatas@yahoo.com

Amaç: Bu tanımlayıcı ve fenomenolojik çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) hemşirelerinin 2015 Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) algoritma adımlarına göre bilgi durumları belirlemek ve feedback cihazı (TrueCPR) ile uygulama deneyimlerini anlamaktır.

Yöntem: Araştırma 30 Nisan-2 Temmuz 2018 tarihleri arasında bir Eğitim Araştırma Hastanesi yoğun bakımda çalışan hemşirelerde gerçekleştirildi. Örneklem belirlenmesinde tipik durum örneklenmesi kullanılarak 30 hemşire ile tamamlandı. Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan formlar 4 bölümden (1-Demografik Bilgiler, 2-KPR Bilgileri, 3-KPR Uygulama Çet Tablosu, 4-Feedback Cihaz Değerlendirmesi) oluştu. Katılımcılara ön test uygulanıp KPR eğitimi gerçekleştirildi. Eğitim sonrası maket üzerinde senaryo kurgulanarak katılımcının çet tablosu adımlarını uygulaması beklendi. Hemşirelere eğitimden iki ay sonra KPR bilgi formu ile son test uygulandı. Bilgi formu 15 puan üzerinden, uygulama çet tablosu 100 puan üzerinden değerlendirildi. Çalışmanın sonunda katılımcıların Feedback cihazı deneyimi hakkında görüşleri ve uygulama deneyimleri derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı.

Bulgular: Hemşirelerin %83,3'ü (n:25) kadın, ort. yaş 28,80±5,91 (min.23, max.43), YBÜ çalışma süresi ort. 4,56±3,56 yıl (min.1, max.17), haftalık çalışma saatinin ort. 55,73±7,42 olduğu bulundu. Katılımcıların hepsi daha önce KPR uyguladığını ve konu hakkında eğitim aldığını belirtti. KPR bilgi sorularından ön testte ort. 11,00±2,24 (min.4,max.13), son testte ort. 14,76±0,43 (min.14,max.15), çet tablosundan ise ort. 57±12,11 (min.25, max.75) puan aldığı görüldü. Hemşirelerden 28'i (%93,3) Feedback cihazında etkin bası yapabildiğini, %86,7 (n:26) cihazın kullanımının kolay olduğunu, %73,3 (n:22) konforlu olduğunu ve %76,7 (n:23) güven seviyesini iyi düzeyinde değerlendirdi. Katılımcıların cihaz hakkındaki görüşleri araştırmacılar doğrultusunda daha önce belirlenen temalar altında özetlendi "1- Doğru yaptığımı görmek güzel, kendimi ayarlamamı sağlıyor (cihazın başarısı\etkisi), 2-Uzun KPR uygulamasında avuç içine baskı ve ağrı oluyor (uygulama kolaylığı\konfor), 3-Cihaz sert olduğu için kosta kırığına neden olur mu? Cihazın kendi yüksekliği fazla, kostaya ulaşmakta mesafeye neden olabilir mi bilmiyorum" şeklinde (endişe\kaygı, güven).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Sonuç: YBÜ gibi sık KPR yapılan birimlerde KPR eğitiminin önemi göz ardı edilemez, eğitimlerde yönlendirici olabilecek teknolojiden yararlanabileceği düşünülmektedir. Feedback cihazının iyi tanımlanması ve ergonomik tasarlanması önerilmektedir.

Cardiopulmonary Resuscitation Experiences (Cpr) Experiences Of Intensive Care Nurses Using Feedback Device: Qualitative And Quantitative Study

Objective: The purpose of this descriptive and phenomenological study is to determine the knowledge levels of the intensive care unit (ICU) nurses according to the 2015 Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) algorithm steps and to understand their experiences with the feedback device (TrueCPR).

Method: The study was conducted between 30 April and 2 July 2018 with nurses working in an intensive care unit of a Training and Research Hospital. Typical case sampling method was used to determine the sample and the sample was formed with 30 nurses. The forms prepared by the researchers in accordance with the related literature were formed from 4 sections (1-Demographic Information, 2-CPR Information, 3-CPR Application Chat Table, 4-Feed Back Device Assessment). The participants were pre-tested and the CPR training was provided. After the training, a scenario was built on the model and participants were expected to apply the steps of the chat table. Two months after the training, the nurses underwent a final test with the CPR information form. The information form was evaluated on 15 points and the application chat table was evaluated on 100 points. At the end of the study, views and experiences of the participants about the feedback device experience were obtained through in-depth interview.

Results: It was determined that 83.3% (n:25) of the nurses were female, the average age of the participants was $28,80 \pm 5,91$ (min.23,max.43), average ICU working hours was $4,56 \pm 3,56$ (min.1,max.17) and average of weekly working hours was $55,73 \pm 7,42$. All of the participants stated that they have already applied CPR and have been trained on the subject. On average, nurses get scores from the CPR Information questions as $11,00 \pm 2,24$ (min.4,max.13) in pre-test, $14,76 \pm 0,43$ (min.14,max.15) in post-test and from the chat table they got $57 \pm 12,11$ (min.25, max.75) on average. 93.3% (n:28) stated that they could apply efficient pressure, 86.7% (n:26) stated that the use of device is easy, 73.3% (n:22) stated it is comfortable and 76.7% (n:23) stated that their confidence level at good level. The views of the participants on the device were summarized under the themes previously determined by the researchers as "1-It is good to see what I do right, it allows me to adjust myself (the success/effect of the device), 2-Long CPR application causes pressure and pain in the palm (convenience of application/comfort), 3- Would it cause the rib fracture because of the rigid device? I do not know if it can cause a distance to reach the rib because the height of the device is high (worry / apprehension, trust).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Conclusion: It is thought that the importance of CPR training can not be ignored in the units with frequent CPR such as ICU, and it is thought that it can benefit from the technology that can lead in the trainings. A good description of the feedback device and ergonomic design is recommended.

Key words: CPR, Intensive Care Nurse, Feedback device

GİRİŞ

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR); çeşitli nedenlere bağlı olarak spontan solunum ve dolaşımın aniden durması halinde hastanın hava yolu açıklığının, solunum ve dolaşımının devam ettirilmesi amacıyla gerçekleştirilen uygulama adımları olarak tanımlanır (Kara ve ark. 2015; Shahrakivahed ve ark. 2015; Rubertsson ve ark., 2014).

Resüsitasyon Uluslararası İrtibat Komitesi (ILCOR, www.ilcor.org); Amerikan Kalp Derneği (AHA), Avrupa Resüsitasyon Konseyi (ERC), Kanada Kalp ve İnme Vakfı (HSFC), Avustralya ve Yeni Zelanda temsilcileri Resüsitasyon Komitesi (ANZCOR), Güney Afrika Resüsitasyon Konseyi (RCSA), İnter Amerikan Kalp Vakfı (IAHF) ve Asya Resüsitasyon Konseyi (RCA) konseylerinden oluşarak, 2000 yılından bu yana her 5 yılda bir yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda KPR rehberi yayınlamakta olup, en son Şubat 2015'te Dallas'da yapılan toplantı sonrası elde edilen sonuçlar doğrultusunda ERC 2015 rehberi oluşturulmuştur (Monsieusve ark., 2015; Tiryaki ve Doğu, 2018). American Heart Association (AHA) ve European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2015'de göğüs kompresyon derinliği en az 5cm, en fazla 6cm, kalp hızı 100-120/dk olması, temas ve kesintilerin en aza indirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Koster ve ark., 2017; Monsieus ve ark., 2015). Bu öneriler doğrultusunda son on yılda, kardiyak arrest sırasında uygulayıcıların KPR performansını değerlendirmek için bazı otomatik feedback cihazları geliştirilmiştir, kompresyon esnasında sağlık personelinin performansını olumlu yönde etkilediği için kullanılması önerilmiştir (Ahn ve ark., 2017; Cortegiani ve ark., 2017; Pozner ve ark., 2011).

Bu çalışma Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) çalışan hemşirelerin KPR uygulamasındaki bilgi durumlarını ve feedback cihazı hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 30 Nisan-2 Temmuz 2018 tarihleri arasında bir Eğitim Araştırma Hastanesi yoğun bakımda çalışan hemşirelerde gerçekleştirildi. Örneklem belirlenmesinde tipik durum örneklenmesi kullanılarak 30 hemşire ile tamamlandı. Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan formlar 4 bölümden (1-Demografik Bilgiler, 2-KPR Bilgileri, 3-KPR Uygulama Çet Tablosu, 4-Feedback Cihaz Değerlendirmesi) oluştu.

Demografik Bilgiler: Katılımcıların yaş, cinsiyet, mesleki deneyim süresi, görev yaptığı yoğun bakım ünitesi, çalışma şekli (gündüz/gece), KPR ile ilgili bir eğitim alma durumu, daha önce KPR uygulaması yapıp/yapmadığı, ne sıklıkla KPR uygulanan vaka ile karşılaştığı ve Mavi Kod ekibinde yer alma durumu gibi tanımlayıcı sorular yer almıştır.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

KPR Bilgi Soru Formu: KPR 2015 rehberine göre bilgiyi ölçmeye yönelik çoktan seçmeli 15 soru içermektedir. Katılımların bu formdan en az 0 puan, en fazla 15 puan almaları beklenmiştir.

KPR Uygulama Çet Tablosu: Hemşirelere kurgulanan senaryo üzerinden KPR algoritması adımlarının değerlendirildiği 20 adımlık listeden her adıma 5 puan verilmek olup en az 0 puan en fazla 100 puan alması gerekmektedir. Puanlama iki araştırmanın ayrı ayrı değerlendirip ortak kararı ile en verilecek puanı hesaplanmıştır.

Feedback Cihaz Değerlendirmesi:

Katılımcılara ön test uygulanıp arkasından 2015 rehberine göre hazırlanan KPR eğitimi gerçekleştirildi. Eğitim sonrası maket üzerinde senaryo kurgulanarak katılımcının çet tablosu adımlarını uygulaması beklendi. Hemşirelere eğitimden iki ay sonra KPR bilgi formu ile son test uygulandı. Çalışmanın sonunda katılımcıların Feedback cihazı deneyimi hakkında görüşleri ve uygulama deneyimleri derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı.

BULGULAR

Hemşirelerin %83,3'ü (n:25) kadın, ort. yaş $28,80 \pm 5,91$ (min.23,max.43), YBÜ çalışma süresi ort. $4,56 \pm 3,56$ yıl (min.1, max.17), haftalık çalışma saatinin ort. $55,73 \pm 7,42$ olduğu bulundu. Katılımcıların hepsi daha önce KPR uyguladığını ve konu hakkında eğitim aldığını belirtti. KPR bilgi sorularından ön test ort. $11,00 \pm 2,24$ puan (min.4,max.13), son testte ort. $14,76 \pm 0,43$ puan (min.14,max.15), çet tablosundan ise alınan ort. $57 \pm 12,11$ (min.25, max.100) puan aldığı görüldü. Hemşirelerin 28'i (%93,3) Feedback cihazında etkin bası yapabildiğini, 26'ı (%86,7) cihazın kullanımının kolay olduğunu, 22'i (%73,3) konforlu olduğunu ve 23'ü (%76,7) güven seviyesini iyi düzeyinde değerlendirdi. Katılımcıların cihaz hakkındaki görüşleri araştırmacılar doğrultusunda daha önce belirlenen temalar altında özetlendi "1- Doğru yaptığımı görmek güzel, kendimi ayarlamamı sağlıyor (cihazın başarısı\etkisi), 2-Uzun KPR uygulamasında avuç içine baskı ve ağrı oluyor (uygulama kolaylığı\konfor), 3-Cihaz sert olduğu için kosta kırığına neden olur mu? Cihazın kendi yüksekliği fazla, kostaya ulaşmakta mesafeye neden olabilir mi bilmiyorum" şeklinde (endişe\kaygı, güven).

TARTIŞMA

Kardiyak arrest, kardiyak fonksiyonların durması veya büyük arterlerde nabız alınamaması; solunum ve bilinç kaybı ile karakterize ani ve beklenmedik şekilde gelişen bir tablodur. Bu tablonun tedavisi için göğüs kompresyonu uygulaması günümüze kadar özellikle son on yılda ileri kardiyak yaşam desteği konusunda birçok değişiklik bildirilmiştir (Oğuztürk, 2011).

Hemşirelerin KPR ile teorik ve uygulama bilgilerinin genel olarak yetersiz olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların çalışmamızdan aldıkları ön test ortalama puanına ($11,00 \pm 2,24$) göre 2015 KPR

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

kılavuzu ile ilgili bilgilerinin orta düzeyde olduğunu, çet tablosundan aldıkları ortalama puanına ($57 \pm 12,11$) göre 2015 KPR uygulaması konusunda yetersiz düzeyde oldukları belirlendi. Literatürde farklı ölçek puanlamalarının kullanıldığı çalışmalarda Aygin ve ark. (2018) hemşirelerin bilgi durumunu orta düzeyde, Örsal ve ark. (2017), Bukıran (2009) çalışmalarında ise bilgi durumunu oldukça yetersiz bulmuşlardır.

Çalışmada kullanılan feedback cihazı hem hız hem de derinliği ölçen ülkemizdeki tek cihaz olması nedeniyle oldukça tercih edilmektedir. YBÜ hemşirelerin çoğu cihaz kullanımını kolay, konforlu ve iyi düzeyde güvenilir bulmaktadırlar. Mahdi Al- Jeabory (2017) 60 hekimle yaptığı çalışmasında, TrueCPR feedback kullanırken daha iyi göğüs kompresyonu yaptıkları ifade edilmiştir. Manken üzerinde 2 dakika süreyle TrueCPR cihazı eşliğinde göğüs kompresyonu uygulanmış, katılımcıların hız ve derinliğini ayarlama da kolaylık yaşadıkları, böylece daha kaliteli KPR yaptıkları çalışmalarda bildirilmişlerdir (Majer 2018, Wutzler 2015).

Katılımcılar cihaz kullanımı sırasında kendi kontrollerini sağlamaları olumlu, uzun CPR uygulamasında avuç içinde ağrının ve baskının olması, cihaza bağlı kosta kırığı olma ihtimali düşünceleri olumsuz durum olarak değerlendirildi. Randomize bir çalışmada kompresyon süresince feedback cihazı kullanımının uygulayıcının yorgunluğu ve kompresyon kalitesine etkisini incelemiş. Doğru uygulama için yönlendiren cihazın kullanımının yorgunluğa etkisi olmaz iken, kompresyon kalitesine olumlu etki sağladığını sonucuna ulaşmıştır (Pozner ve ark.,2011). Yoğun bakımda kardiyak arrest sonrası KPR esnasında feedback kullanılan ve kullanılmayan rastgele seçilen 80 hasta incelendiğinde; feedback cihazı kullanılan vakalarda daha erken spontan dolaşımının başladığı ve kosta fraktürlerinin daha az olduğu görülmüştür (Vahedian-Azimi, 2016).

SONUÇ

Araştırmada YBÜ gibi sık KPR uygulanan birimlerde hemşirelerin KPR bilgi durumları iyi düzeyde, uygulama becerileri ise orta düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca feedback cihazının kullanımında ergonomik düzenlemeler ile yaygınlaşması gerektiği görüldü. Her kurumun YBÜ'lerinde benzeri eğitimler ile bilgi ve uygulama güncelliğinin sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahn, C., Lee, J., Oh, j., Song, Y., Chee, Y., Lim, T.H., Kang, H., Shin, H. (2017), Effectiveness of feedback with a smartwatch for high-quality chest compressions during adult cardiac arrest: A randomized controlled simulation study, PLoS ONE,12(4), 1-9.
- Al-Jeabory, M., Wiecezorek, W., Kaminska, H., Nadolny, K., Ladny, J.R., Szarpak, L. (2017), Influence of CPR feedback device on chest compression quality. Pilot study, Anestezjologia i Ratownictwo, 11, 363-367.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Aygin, D., Açıl, H.C., Yaman, Ö., Çelik, M., Danç, Esin. (2018), Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Güncel 2015 Kılavuz Bilgilerinin Değerlendirilmesi, Turk J Cardiovasc Nurs, 9 (18), 7–12.

Bukıran, A. (2009), Hemşirelere Verilen Bir Günlük Kardiyopulmoner Resüstasyon Eğitiminin Uzun Dönem Etkilerinin Değerlendirilmesi, TC. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.

Cortegiani, A., Russotto, V., Baldi, E., Contri, E., Raineri, S.M., Giarratano A. (2017), Is it time to consider visual feedback systems the gold standard for chest compression skill acquisition?, Critical Care, 21,166. DOI 10.1186/s13054-017-1740-z.

Kara, F., Yurdakul, A., Erdoğan, B., Polat, E.(2015), Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Güncel Temel Yaşam Desteği Bilgilerinin Değerlendirilmesi, MAKÜ Sağ.Bil. Enst.Derg., 3(1), 17-26.

Koster, R.W., Beenen, L.F., Esther B. van der Boom, Spijkerboer, A.M., Tepaske, R.,Allart C. van der Wal, Beesems, S.G., Tijssen, J.G. (2017), Safety of mechanical chest compression devices AutoPulse and LUCAS in cardiac arrest: a randomized clinical trial for non-inferiority, European Heart Journal, 38, 3006-3013.

Majer, J., Jaguszewski, M.J., Frass, M., Leskiewicz, M., Smereka, J., Ladny, J.R., Robak, O., Szarpak, L. (2018), Does the use of cardiopulmonary resuscitation feedback devices improve the quality of chest compressions performed by doctors? A prospective, randomized, cross-over simulation study, Cardiology Journal, DOI: 10.5603/CJ.a2018.0091.

Monsieurs, K.G., Nolan, J.P., Bossaert, L.L., Greif, R., Maconochie, I.K., Nikolaoui, N.I., Perkins, G.D., Soark, J., Truhlar, A., Wyllien, J., Zideman, D.A., on behalf of the ERC Guidelines 2015 Writing Group. (2015), European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary, Resuscitation, 95, 1–80.

Oğuztürk, H., Turtay, M.G., Tekin, Y.K., Sarıhan, E. (2011), Acil Serviste Gerçekleşen Kardiyak Arrestler ve Kardiyopulmoner Resüsitasyon Deneyimlerimiz, Kafkas J Med Sci, 1(3), 114–117.doi: 10.5505/kjms.2011.08108.

Örsal, Ö., Boğa, S.M., Kersu, Ö. (2017), Acil ve Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Temel ve İleri Kardiyak Yaşam Desteğine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, IGUSABDER, 3, 203-220.

Pozner, C.N., Almozlino, A., Elmer, J., Poole, S., McNamara, D., Barash, D. (2011), Cardiopulmonary resuscitation feedback improves the quality of chest compression provided by hospital health care professionals, American Journal of Emergency Medicine, 29, 618–625.

Rubertsson, S., Lindgren, E., Smekal, D., Östlund, O., [Silfverstolpe, J.](#), [Lichtveld, R.A.](#), [Boomars, R.](#), [Ahlstedt, B.](#), [Skoog, G.](#), [Kastberg, R.](#), [Halliwell, D.](#), [Box, M.](#), [Herlitz, J.](#), [Karlsten, R.](#) (2014),

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Mechanical Chest Compressions and Simultaneous Defibrillation vs Conventional Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest The LINC Randomized Trial, JAMA, 311(1), 53-61.

Shahrakivahed, A., Masinaienezhad, N., Shahdadi, H., Arbabisarjou, A., Asadibidmeshki, E., Heydari, M. (2015), The Effect of CPR Workshop on the Nurses' Level of Knowledge and Skill, INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE Section: Global Health & Health Policy, 8(108), 1-10.

Tiryaki, Ö., Doğu, Ö. (2018), Kardiyopulmoner Resüsitasyon Ve Teknoloji, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 22(1), 44-49.

[Wutzler, A., Bannehr, M., von Ulmenstein, S., Loehr, L., Förster, J., Kühnle, Y., Finn, A., Storm, C., Haverkamp, W. \(2015\)](#), Performance of chest compressions with the use of a new audio–visual feedback device: A randomized manikin study in health care professionals, [Resuscitation](#), Feb (87), 81-85.

Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Amirsavadvkouhi, A., Jamaati, H., Izadi, M., Madani, S.J., Hashemian, S.M.R., Miller, A.C. (2016), Effect of the Cardio First Angel™ device on CPR indices: a randomized controlled clinical trial, 20,147. DOI 10.1186/s13054-016-1296-3.

S-25

Surveyans çalışmaları geri bildirimlerinin sonuçlara etkisi

Süha Bozbay¹

Oktay Demirkıran¹

Bilgi Çakmak¹

Serpil Cengiz²

¹ İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. Yoğun Bakım BD.

² İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Giriş : Giriş ve amaç: Sürveyans, belirli bir amaca yönelik olarak veri toplanması, toplanan verilerin bir araya getirilerek yorumlanması ve sonuçların ilgililere bildirilmesinden oluşan dinamik bir süreçtir (1).Sürveyans çalışmaları, hastane enfeksiyon kontrol programlarının temelini oluşturur. Sürveyans kapsamında toplanan verilerle yoğun bakımımızın enfeksiyon hızlarının ve zaman içinde meydana gelen değişikliklerin saptanması, enfeksiyon hızlarındaki anlamlı artışların fark edilmesi, kontrol önlemlerinin alınması ve bu önlemlerin etkinliğinin araştırılması amaçlandı. Yöntem: 2016-2017 yıllarındaki surveyans sonuçları karşılaştırıldı. 2016 yılındaki geri bildirimlerin 2017 yılındaki sonuçlara etkisi değerlendirildi. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından yürütülen kesintisiz program ile sürekli izlendi.

Bulgular : Elde edilen bulgular Tablo 1 de verilmiştir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Sonuç : Sürveyans çalışmasına başlamadan önce kullanılacak standart tanımların belirlenmesi ve yazılı hale getirilmesi gerekir. Bu iş için ayrılan bir enfeksiyon kontrol hemşiresinin kliniklerle sağlayacağı iletişimler sayesinde programlar başarıya ulaşacaktır. Sürveyans geri bildirimleri, farkındalık yaratma girişimleri ve eğitim tekrarları ile enfeksiyon oranlarının düşürülebileceği kanısındayız.

S-26

Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Hastalarında Endotrakeal Tüp Tespitinde Kullanılan Yöntemlerin Aspirasyon Sırasındaki Hemodinamik Değişkenlere Etkisi

Tuğba Çam¹

Gülay Altun Uğraş¹

¹ Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin

Giriş : Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesine (KVC YBÜ) yatan hastalarda havayolu açıklığının sağlanması ve solunumun sürdürülmesi amacıyla rutin uygulanan endotrakeal aspirasyon, kan basıncında ve kalp atım hızında artış ile oksijen saturasyonunda (SpO₂) düşüş gibi cerrahi sonrası kalbin iş yükünü arttıran hemodinamik değişkenlerde değişikliklere yol açabilmektedir. Bu araştırma, KVC sonrası kalbin iş yükünü arttıran hemodinamik değişkenlerin daha az etkilendiği ve bu hasta grubuna bakım veren hemşirelerin uygulamalarına rehberlik edebilecek güvenli tespit yönteminin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Bulgular : Yarı deneysel bu araştırmanın örneklemini Eylül 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin KVC YBÜ'nde yatan, entübe 86 hasta oluşturdu. Araştırmada, çalışma grubunun (n=43) endotrakeal tüp (ET) tespiti tüp tutucuyla; kontrol grubunun (n=43) ET tespiti flasterle yapıldı. Hastalara gereksinimleri doğrultu- sunda endotrakeal aspirasyon uygulandı. Hastaların sistolik kan basıncı (SKB), diyastolik kan basıncı (DKB), kalp atım hızı ve SpO₂ gibi hemodinamik değişkenleri, aspirasyon öncesi, sırası, bitimi, sonrası 5. ve 15. dk'da ölçüldü. Veri analizinde ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA); çoklu karşılaştırmada Bonferroni-Dunn testi kullanıldı.

Sonuç : Araştırmada her iki ET tespit yönteminde de hastaların aspirasyon sırasındaki SKB ve DKB'ı anlamlı olarak yükseldi. Tüp tutucusu kullanılan hastaların flaster kullanılanlardan SKB'ı, aspirasyon sonrası 15.dk'da; DKB'ı ise aspirasyon sırası ve bitiminde anlamlı olarak daha düşüktü. İki ET tespit yönteminde de kalp atım hızı yükselirken, SpO₂ değerleri düştü ancak bu değişimler anlamlı değildi. Tüp tutucusu kullanılan hastaların flaster kullanılanlardan SpO₂ değeri aspirasyon sırası, bitimi ve sonrası 5. dk'da anlamlı olarak daha yüksekti. Her iki ET tespit yönteminin de aspirasyon sırasında kalp atım hızını anlamlı olarak arttırmadığı ve iki yöntem arasında fark olmadığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç : Araştırma bulguları, ET tespitinde kullanılan tüp tutucunun flastere göre endotrakeal aspirasyon sırasında hemodinamik değişkenleri daha az etkilediğini ve KVC YBÜ'ne yatan hastalarda güvenli uygulanabileceğini ortaya koydu.

S-27

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sırasında Bölünmelerinin Değerlendirilmesi: Gözlemsel Prospektif Bir Çalışma

Ebru Önler,¹ Tülin Yıldız,¹ Merve Tekin Salkım¹

1 Doktor Öğretim Üyesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Değirmenaltı Yerleşkesi, Süleymanpaşa, Tekirdağ, 02822502100, eonler@nku.edu.tr,

2 Doçent Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Değirmenaltı Yerleşkesi, Süleymanpaşa, Tekirdağ, 02822502100, tyildiz@nku.edu.tr

3 Yüksek Lisans Öğrencisi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Değirmenaltı Yerleşkesi, Süleymanpaşa, Tekirdağ, 02822502100, hemsire_merve@hotmail.com

ÖZET

Giriş: Bu araştırma cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çalışmaları sırasında yaşadıkları bölünmelerin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında, literatür doğrultusunda hazırlanan gözlem formuyla, bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. 19 yataklı cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşire hasta oranı 1:2 idi. Gözlemler araştırmacılardan biri tarafından, 8:00-24:00 saatleri arasında yapıldı. Gözlemci gözlem sırasında kendisi de bölünme kaynağı olmamak için, hemşireler ile minimum düzeyde iletişime geçti. Toplam 236 saat gözlem yapıldı ve 150 bölünme gözlemlendi. Her bir gözlem ortalama 2-4 saat arasında sürdü ve gözlemci her bir gözlemde sadece 1 hemşireyi gözledi. Araştırmanın yapıldığı hastaneden ve gözlenen hemşirelerden yazılı onamlar ile Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (No: 2008/10/01/10).

Bulgular: Gözlemlerin, %33,3'ü (n=50) 12:00-16:00, %32'si (n=48) 8:00-12:00, %24'ü (n=36) 16:00-20:00, %10,7'si 20:00-24:00 saatleri arasında ve %84,7 si (n=127) hafta içi gerçekleştirildi. Bölünmelerin %62'si (n=93) hasta odasında, %33,3'ü (n=50) hemşire bankosunda, %4,7'si (n=7) koridorda gerçekleşti. Bölünmelerin %29,3'ü (n=44) dökümantasyon, %22'si (n=33) bakım, %18,7'si (n=28) ilaç uygulamaları, %11,3'ü (n=17) hastanın beslenmesi, %10,7'si (n=16) monitörizasyon, %8'i (n=12) aile iletişimi sırasında gerçekleşirken, %34'ü (n=51) ekip iletişimi, %22'si (n=33) aile iletişimi,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

%20'si (n=29) hasta alarmı, %14'ü (n=21) diğer hastaların gereksinimleri, %10'u (n=16) tıbbi malzeme/araç sağlamak amacıyla gerçekleşti. Bölünmelerin, %47,3'ü (n=71) 1-2 dakika, %32'si (n=48) 1 dakikadan az, %19,3'ü (n=29) 3-4 dakika, %1,3'ü (n=2) 5 dakikadan fazla sürdü. Bölünmeden sonra hemşireler, %90 (n=135) oranında yaptıkları işe geri döndü.

Sonuç: Cerrahi yoğun bakımlarda hemşirelerin en sık olarak hasta odasında, dökümantasyon sırasında, ekip iletişimi amacıyla bölündükleri, bölünmelerin büyük çoğunluğunun 1-2 dakika sürdüğü ve hemşirelerin büyük bir çoğunlukla bölünme sonrası yaptıkları işe geri döndükleri belirlendi.

GİRİŞ

Yoğun bakım hemşireleri, çalışmaları sırasında, diğer çalışanlar, cihazlar, hastalar ve hasta yakınları tarafından sıklıkla bölünebilmektedirler (10,11,12,14,16). Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünmeler hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (3,7,8,13,14). Bölünmeler iş tecrübesi, dikkat kontrolü gibi çalışanların kişisel özelliklerinden etkilenebileceği gibi, birimin dizaynı, hemşire hasta oranı gibi organizasyonel faktörler de bölünmeler üzerinde etkili olabilmektedir (5,15). Yoğun bakımlarda kalitenin ve hasta güvenliğinin geliştirilebilmesi için, çalışanların yaptıkları işler sırasında yaşadıkları bölünmeler ve bu bölünmelerin tıbbi hatalara neden olabileceği konusunda farkındalıklarının artırılması, bölünmelerin azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi, çalışanlar tarafından bölünmelerin etkili bir şekilde yönetilebilmelerine ilişkin hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve lisans eğitiminde de bu konuya yer verilmesi önemlidir (5,6,12,13,14). Bu araştırma cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çalışmaları sırasında yaşadıkları bölünmelerin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

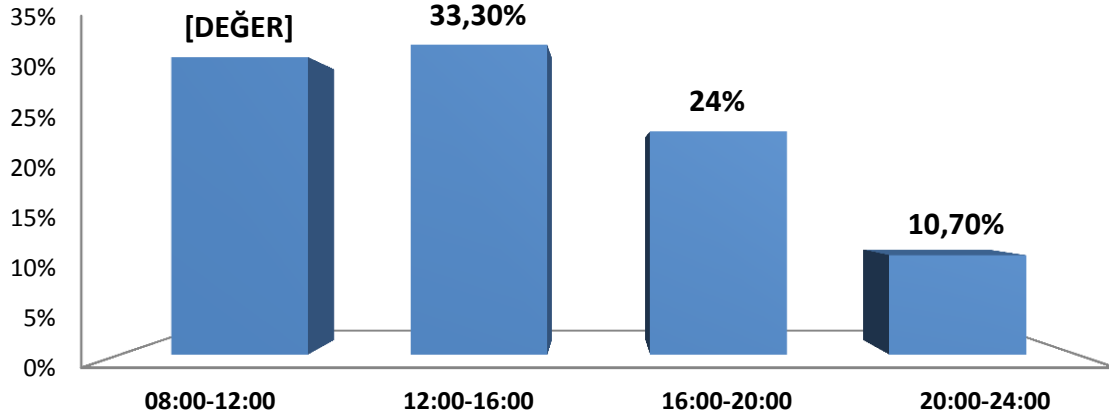
Araştırma Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında, literatür doğrultusunda hazırlanan gözlem formuyla, bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. 19 yataklı cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşire hasta oranı 1:2 idi. Gözlemler araştırmacılardan biri tarafından, 8:00-24:00 saatleri arasında yapıldı. Gözlemci gözlem sırasında kendisi de bölünme kaynağı olmamak için, hemşireler ile minimum düzeyde iletişime geçti. Toplam 236 saat gözlem yapıldı ve 150 bölünme gözlemlendi. Her bir gözlem ortalama 2-4 saat arasında sürdü ve gözlemci her bir gözlemden sadece 1 hemşireyi gözledi. Araştırmanın yapıldığı hastaneden ve gözlenen hemşirelerden yazılı onamlar ile Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (No: 2008/10/01/10).

BULGULAR

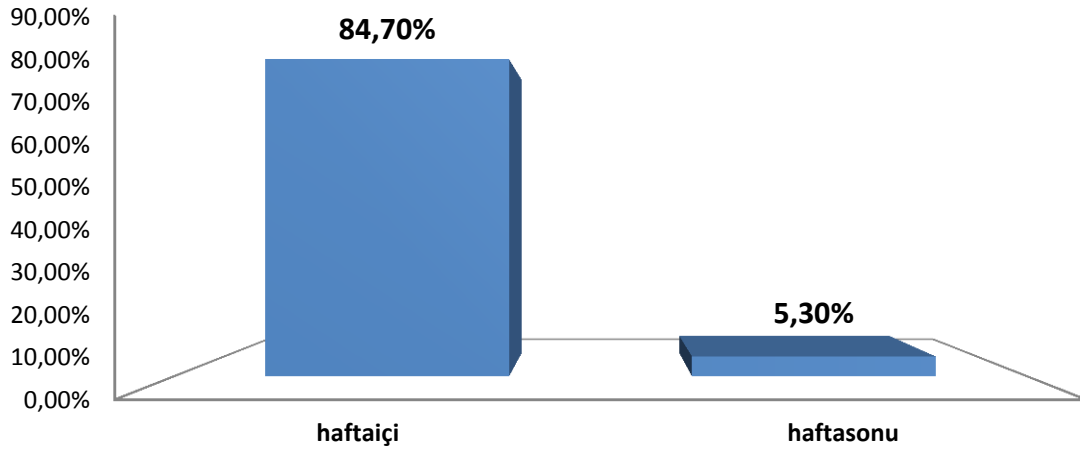
Gözlemlerin, %33,3'ü (n=50) 12:00-16:00, %32'si (n=48) 8:00-12:00, %24'ü (n=36) 16:00-20:00,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

%10,7'si 20:00-24:00 saatleri arasında (Grafik 1) ve %84,7'si (n=127) hafta içi gerçekleştirildi (Grafik 2) .



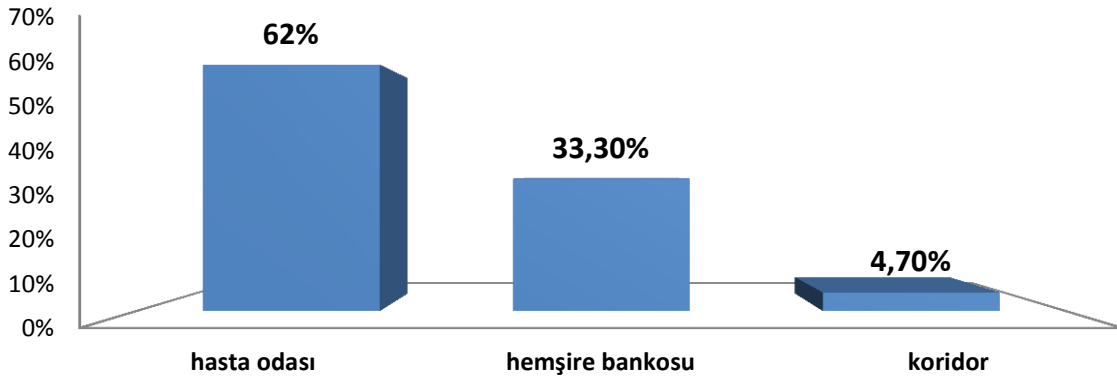
Grafik 1. Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünmelerin saate göre dağılımı



Grafik 2. Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünmelerin güne göre dağılımı

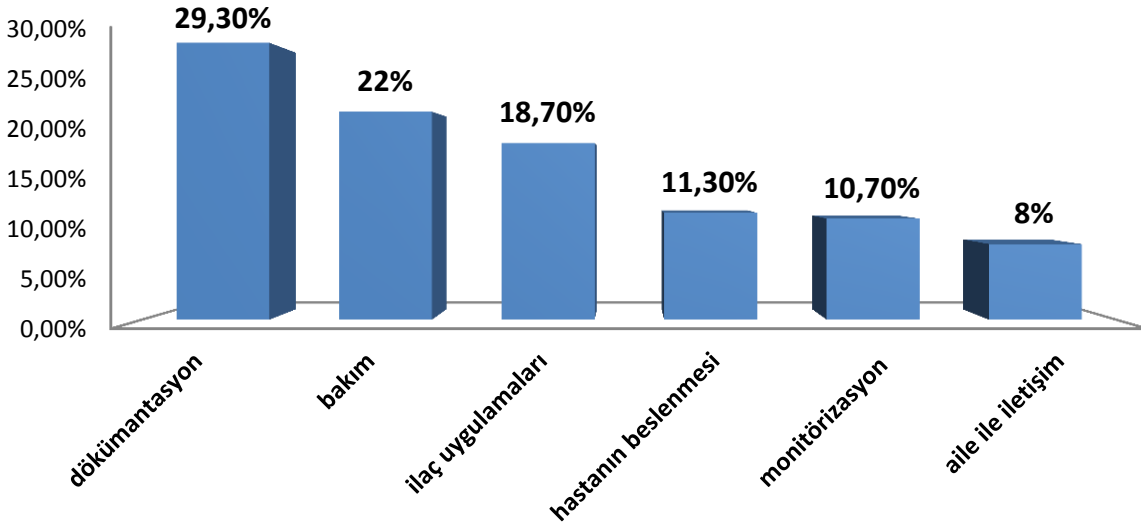
Bölünmelerin %62'si (n=93) hasta odasında, %33,3'ü (n=50) hemşire bankosunda, %4,7'si (n=7) koridorda gerçekleşti (Grafik 3).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris



Grafik 3: Hemşirelerin görevleri sırasındaki yaşadıkları bölünmelerin bölünmenin gerçekleştiği yere göre dağılımı

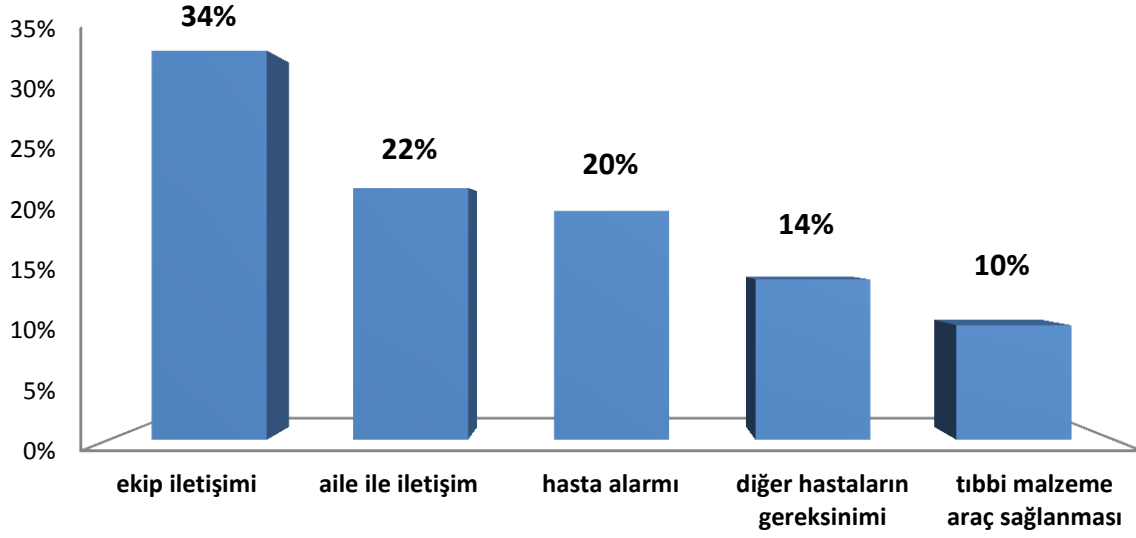
Bölünmelerin %29,3'ü (n=44) dökümantasyon, %22'si (n=33) bakım, %18,7'si (n=28) ilaç uygulamaları, %11,3'ü (n=17) hastanın beslenmesi, %10,7'si (n=16) monitörizasyon, %8'i (n=12) aile iletişimi sırasında gerçekleşirken (Grafik 4),



Grafik 4: Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünmelerin görevlere göre dağılımı

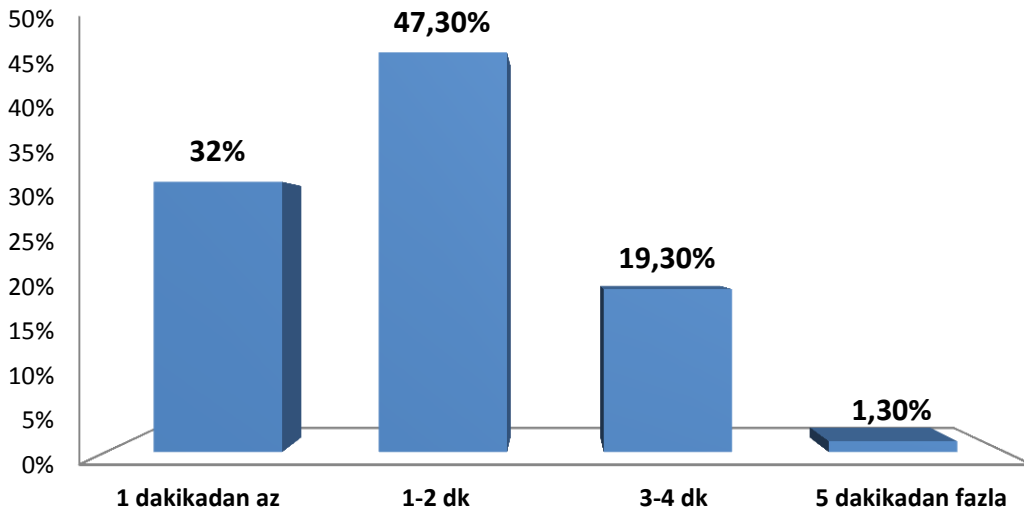
Bölünmelerin %34'ü (n=51) ekip iletişimi, %22'si (n=33) aile iletişimi, %20'si (n=29) hasta alarmı, %14'ü (n=21) diğer hastaların gereksinimleri, %10'u (n=16) tıbbi malzeme/araç sağlamak amacıyla gerçekleşti (Grafik 5).

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris



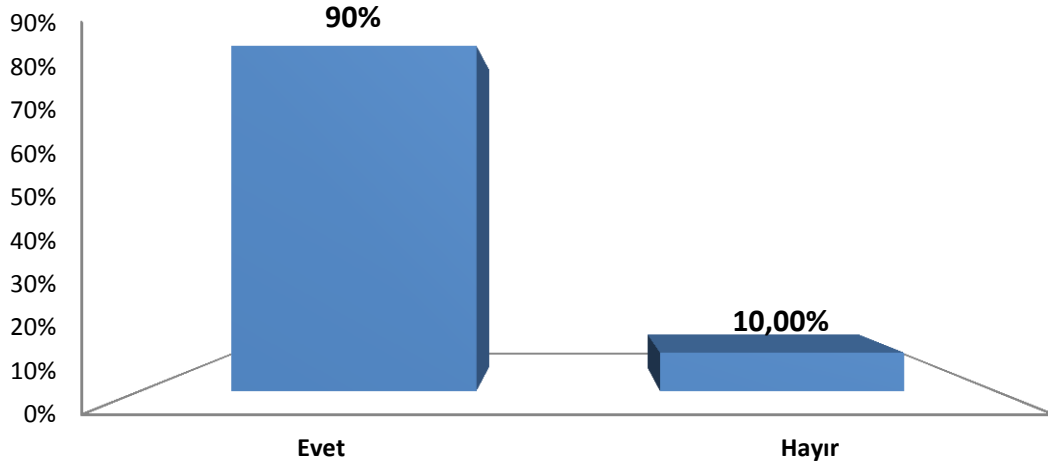
Grafik 5. Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünmelerin amaca göre dağılımı

Bölünmelerin, %47,3'ü (n=71) 1-2 dakika, %32'si (n=48) 1 dakikadan az, %19,3'ü (n=29) 3-4 dakika, %1,3'ü (n=2) 5 dakikadan fazla sürdü (Grafik 6). Bölünmeden sonra hemşireler, %90 (n=135) oranında yaptıkları işe geri döndü (Grafik 7) .



Grafik 6. Hemşirelerin yaşadıkları bölünmelerin bölünme süresine göre dağılımları

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris



Grafik 7. Hemşirelerin görevleri sırasında yaşadıkları bölünme sonrası bölünme öncesi yaptıkları işe geri dönme durumları

TARTIŞMA

Hemşireler ilaç hazırlanması ve uygulanması, monitör kontrolü gibi hasta güvenliği açısından yüksek riskli görevlerin yanı sıra, bakım, dökümantasyon gibi daha düşük riskli birçok görevi yerine getirmektedirler (11). Bölünmelerin büyük bir çoğunluğu (%62%) hemşire hasta odasında iken, dökümantasyon (%29,3) ve bakım (%22) görevleri sırasında gerçekleşti. Literatürde, bu bulguyla uyumlu olarak, hemşirelerin en sık dokümantasyon ve bakım gibi hasta güvenliği açısından düşük riskli görevler sırasında bölündükleri bildirilmiştir (2,11,13). Bu sonuç, hemşirelerin zamanlarının büyük kısmını hasta odasında ve dökümantasyon yaparak geçiriyor olduklarını düşündürdü. Bu çalışmada, bölünmelerin %18,7'si ise, hasta güvenliği açısından yüksek riskli görevlerden biri olarak belirtilen ilaç uygulamaları sırasında yaşandı. Bu bulguya benzer şekilde, literatürde, hemşirelerin ilaç hazırlama ve uygulama sırasında, sıklıkla bölündükleri bildirilmektedir (5,8). Hemşirelerin görevlerinin hasta güvenliği açısından risk seviyelerinin daha görünür hale getirilmesi bölünmelerin azaltılmasında etkili olacaktır (12).

Literatür bulgularına benzer şekilde, yoğun bakımlarda, hemşirelerin çalışmaları sırasında sıklıkla diğer ekip üyeleri (hemşire, hekim v.b.) tarafından bölündüğü, ikinci en sık bölünme kaynağının ise hasta yakınları olduğu belirlendi (5,11,12,14). Çalışanlar arasındaki ekip çalışmasının iyileştirilmesi, tüm ekip üyelerinin birlikte, düzenli hasta vizitleri yapması, bu vizitlerde her ekip üyesinin kendi uzmanlık alanına yönelik söz alması ve önemli konuların tartışılması yaşanan bölünmeleri azaltacaktır. Hasta yakınları tarafından bölünmelerin azaltılabilmesi içinse, hasta yakınları arasından bir sözcü belirlenerek

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

o kişi ile düzenli iletişim kurulmalı ve hasta ile ilgili güncel bilgiler hasta yakınlarına bu şekilde düzenli olarak iletilmelidir (4). Hemşirelerin yaptıkları iş sırasında, bölünmelerine en sık neden olan bir diğer etken ise hasta monitör alarmlarıydı. Bu bulguya benzer şekilde, hemşirelerin alarm yorgunluğuna ilişkin algılarının incelendiği bir araştırmada, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%96) alarmların hasta bakımında bölünmelere neden olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada alarmların yönetimi için standart yöntemlerin geliştirilerek, hemşirelerin alarm yönetimine ilişkin eğitim almalarının öneminden söz edilmektedir (9).

Bu çalışmada, bölünmelerin büyük çoğunluğu 1-2 dakika sürdü (%47,3). Yoğun bakımlarda hekimlerin yaşadıkları bölünmelerin incelendiği bir çalışmada da benzer şekilde bölünmelerin ortalama 2 dakika sürdüğü bildirilmiştir (14). Hemşireler çoğunlukla bölünme sonrası yaptıkları işe geri döndü (%90). Bölünme sonrası hemşirenin yaptığı işi unutarak geri dönmemesi hasta güvenliği açısından riskli bir durum olduğundan, bölünme sonrasında sıklıkla yapılan işe geri dönülmüş olması sevindirici bir bulgudur. Literatürde bu bulguya benzer olarak, hemşirenin bölünme sonrası büyük oranda yapılan işe geri döndüğünü bildiren çalışmaların yanı sıra (14), %51 oranında bölünme öncesi yapılan işin unutulması, geri dönülmediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (4).

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakımı ile sınırlıdır. Bulguların cerrahi yoğun bakımlara genellenebilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekte bölünmeler ile çalışanların kişisel özellikleri ve organizasyonel özellikler arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmaların yanı sıra bölünmelerin hasta güvenliği üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

SONUÇ

Cerrahi yoğun bakımlarda hemşirelerin en sık olarak hasta odasında, dökümantasyon sırasında, ekip üyeleri tarafından bölündükleri, bölünmelerin büyük çoğunluğunun 1-2 dakika sürdüğü ve hemşirelerin büyük bir çoğunlukla bölünme sonrası yaptıkları işe geri döndükleri belirlendi.

KAYNAKLAR

- 1-Ballermann, M. A., Shaw, N. T., Arbeau, K. J., Mayes, D. C., & Gibney, R. N. (2010). Impact of a critical care clinical information system on interruption rates during intensive care nurse and physician documentation tasks. In *Medinfo* (pp. 274-278).
- 2-Bellandi, T., Cerri, A., Carreras, G., Walter, S., Mengozzi, C., Albolino, S., ... & Westbrook, J. (2018). Interruptions and multitasking in surgery: a multicentre observational study of the daily work patterns of doctors and nurses. *Ergonomics*, 61(1), 40-47.
- 3-Bower, R., Jackson, C., & Manning, J. C. (2015). Interruptions and medication administration in

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

critical care. *Nursing in critical care*, 20(4), 183-195.

4-Craker, N. C., Myers, R. A., Eid, J., Parikh, P., McCarthy, M. C., Zink, K., & Parikh, P. J. (2017). Nursing interruptions in a trauma intensive care unit: A prospective observational study. *Journal of Nursing Administration*, 47(4), 205-211.

5-Duruk, N., Zencir, G., & Eşer, I. (2016). Interruption of the medication preparation process and an examination of factors causing interruptions. *Journal of nursing management*, 24(3), 376-383.

6-Hayes, C., Power, T., Davidson, P. M., Daly, J., & Jackson, D. (2015). Nurse interrupted: Development of a realistic medication administration simulation for undergraduate nurses. *Nurse education today*, 35(9), 981-986.

7-Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., ... & Everett, B. (2017). The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses. *Journal of nursing management*, 25(7), 498-507.

8-Özkan, S., Kocaman, G., & Öztürk, C. (2016). Interruptions during pediatric medication preparation and administration. *The Journal of Pediatric Research*, 3(2), 104.

9-Petersen, E. M., & Costanzo, C. L. (2017). Assessment of Clinical Alarms Influencing Nurses' Perceptions of Alarm Fatigue. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(1), 36-44.

10-Sasangohar, F., Donmez, B., Easty, A. C., & Trbovich, P. L. (2015). Mitigating nonurgent interruptions during high-severity intensive care unit tasks using a task-severity awareness tool: A quasi-controlled observational study. *Journal of critical care*, 30(5), 1150-e1.

11-Sasangohar, F., Donmez, B., Easty, A. C., & Trbovich, P. L. (2015). The relationship between interruption content and interrupted task severity in intensive care nursing: an observational study. *International journal of nursing studies*, 52(10), 1573-1581.

12-Sasangohar, F., Donmez, B., Easty, A., Storey, H., & Trbovich, P. (2014). Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: an observational study. *Journal of critical care*, 29(5), 848-853.

13-Sasaki, R. L., & Perroca, M. G. (2017). Interruptions and their effects on the dynamics of the nursing work. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(2).

14-See, K. C., Phua, J., Mukhopadhyay, A., & Lim, T. K. (2014). Characteristics of distractions in the intensive care unit: how serious are they and who are at risk?. *Singapore medical journal*, 55(7), 358.

15-Sitterding, M. C., Ebright, P., Broome, M., Patterson, E. S., & Wuchner, S. (2014). Situation awareness and interruption handling during medication administration. *Western journal of nursing research*, 36(7), 891-916.

16. Anthony, K., Wiencek, C., Bauer, C., Daly, B., & Anthony, M. K. (2010). No interruptions please: impact of a no interruption zone on medication safety in intensive care units. *Critical Care Nurse*, 30(3), 21-29.

S-28

TISS-28 Skorunun Yoğun Bakımda Kalış Süresi İle İlişkisi

İrem Nur Özdemir¹

Ayten Zeydan¹

Yasemin Tekdöş Şeker¹

Canan Kandemir¹

Hülya Şahindokuyucu¹

Tükezban Atilla¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İSTANBUL

Giriş : Başlangıçta hastalık şiddetini yansıtan bir skarlama sistemi olan Terapötik Girişim Skarlama Sistemi (TISS-28), günümüzde hemşirelik aktivitelerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Hemşire iş yükü ile TISS-28 arasında doğru orantılı ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmada, TISS-28 ile yoğun bakımda(YBÜ) kalış süreleri arasındaki ilişkinin varlığının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Bulgular : Çalışmamıza Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğine 01.01.2017 ile 01.06.2018 tarihleri arasında kabul edilen hastalar dahil edilmiştir. Elektronik klinik karar destek sistem dosyaları retrospektif taranmış ve ilk 48 saat içinde taburcu edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların TISS-28 değerlendirmeleri, taburculuk anına kadar her gün bir kez kaydedilmiştir. Analizlerde MedCalc Statistical Software version 12.7.7 Programı ile bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırmasında Mann Whitney u testi; ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi; ikili karşılaştırmalar için Benforroni Düzeltmeli Dunn Çoklu Karşılaştırma Testi; değişkenler arası ilişkiler için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Toplam 2131 hasta içinden 130 hasta 48 saatten daha kısa süren yatış nedeniyle çalışma dışın bırakılmıştır. Kalan

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

2001 hastanın 1154'ü (%57,67) erkek, 847 (%42,33) kadındır. Kalış süreleri incelendiğinde; 2-7 gün arası 1045 hasta (%52,22) 7-15 gün arası 456 hasta (%22,79), 15 gün üzeri 500 (%24,99) hasta olduğu belirlenmiştir. Yatış anı (ilk) TISS-28 skoru $21,28 \pm 7,64$, taburculuk (son) TISS-28 skoru $21,07 \pm 7,72$.idi. Kalış gün sayısına göre ilk TISS-28 skoru ve son TISS-28 skoru parametreleri arasında istatistiksel anlamlı yükseklik tespit edilmiştir(p

Sonuç : Hasta takip ve tedavisinde TISS -28 skoru hastalık şiddeti ile korele olup hastanın yatış süresi uzadıkça skor artmaktadır. Etkin hemşirelik bakımında TISS-28 skoru kullanıldığında efektif iş dağılımının sağlanabileceği kanaatindeyiz.

S-29

Yetişkin Hastalarda “Sepsis Ve Hemşirelik” Konulu Yayınların Bibliyometrik Analizi

Doç.Dr.Hatice AYHAN,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye,

ayhanhatice@yahoo.com

03123043904

Prof. Dr. Emine İYİĞÜN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye,

eiyyigun@yahoo.com

03123043901

Prof. Dr. Sevinç TAŞTAN

Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa, KKTC

sytastan@gmail.com

Hem. Fadime KOYUNCU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi A.D

kyncufadime@gmail.com

ÖZET

Giriş

Sepsis, 2016 yılında “enfeksiyona karşı disregüle konak yanıtına bağlı organ disfonksiyonu” şeklinde

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

tanımlanmıştır. Literatürde sepsiste mortalite oranının %20.7 - 45.7 arasında olduğu belirtilmektedir. Sepsis yüksek mortalitesi nedeniyle 1990'lardan beri klinik araştırmaların odak noktalarından biri olmuştur. Bugüne kadar sepsis konusunda hemşireler tarafından bir çok çalışma yapılmıştır. Ancak tüm bu çalışmaları bir arada analiz eden bibliyometrik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı, sepsis konusunda hemşireler tarafından yapılan yayınları bibliyometrik açıdan inceleyerek, bu konuya ilişkin hemşirelerin katkılarını ortaya koymak ve gelecek çalışmalara ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bibliyometrik analiz yöntemi kullanılan bu çalışmada, İngilizce yayınlar için PubMed veri tabanında "*Sepsis AND Nursing AND Nurse*" anahtar kelimeleri, Türkçe yayınlar için ise Google Akademik veri tabanında "*Sepsis ve Hemşirelik*" anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. Konu ile ilgili toplam 100 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmalar, yıllara göre yayın sayıları, yayın türleri ile kavram-konu yönelimleri bağlamında analiz edilmiştir.

Bulgular

Analiz sonuçlarına göre, ilk çalışma 1983 yılında yayınlanmıştır ve çalışma sayısı her yıl artarak devam etmektedir. Araştırma kapsamındaki makalelerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde en çok makalenin 2016 yılında (n=14) yayınlandığı görülmektedir. Yayınlar, türleri açısından incelendiğinde en fazla (n=59) derleme türünde çalışma yapıldığı görülmüştür. Çalışmaların sadece 32'si orijinal araştırmadır, bunlar sırasıyla deneysel-yarı deneysel dizaynda 17, tanımlayıcı 11, kohort, vaka kontrol, niteliksel ve metodolojik dizaynda birer yayın bulunmaktadır. Deneysel-yarı deneysel dizayndaki çalışmalar (n= 17) kavram-konu yönelimleri açısından incelendiğinde; bunların 3 tanesi sepsisin önlenmesi, 7'si erken tanılanması, 7'sinin de tedavinin rehberlere uyumlu şekilde yürütülmesine yönelik olduğu görülmüştür.

Sonuç

Sonuçta, sepsis konusunda hemşireler tarafından yapılan çalışmaların sayısının giderek arttığı ve bu çalışmalarda sepsisin önlenmesinden erken tedavisine kadar her süreçte, hemşirenin öneminin ve rolünün vurgulandığı izlenmiştir. Bu çalışmanın, sepsis konusunda araştırma yapmak isteyen hemşirelere kaynak oluşturacağı değerlendirilmiştir.

Giriş

Sepsis yaşlı nüfus sayısında artış, kronik hastalığı olan kişi sayısında artış, antibiyotiklere dirençli enfeksiyonlarda artış, immünoşüpresif hasta sayısında artma ve invazif cerrahi girişimlerde artış nedenleri ile günümüzde sık karşılaşılan ve ciddi mortalite ile sonuçlanan bir enfeksiyon hastalığı komplikasyonudur (1).

Sepsis mortalitesi çok yüksek olan bir sorundur. Literatürde sepsiste mortalite oranının % 20.7-45.7 arasında olduğu belirtilmektedir (2). Sepsis yüksek mortalitesi nedeniyle 1990'lardan beri klinik

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

araştırmaların odak noktalarından olan biri olmuştur (3). Sepsisin öncelikle önlenmesi, geliştiğinde erken fark edilmesi ve müdahale edilmesi son derece önemlidir ve tüm bu alanlarda hemşirelere çok önemli sorumluluklar düşmektedir. Bugüne kadar sepsis konusunda hemşireler tarafından birçok çalışma yapılmıştır. Ancak tüm bu çalışmaları bir arada analiz eden bibliyometrik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı, sepsis konusunda hemşireler tarafından yapılan yayınları bibliyometrik açıdan inceleyerek, bu konuya ilişkin hemşirelerin katkılarını ortaya koymak ve gelecek çalışmalara ışık tutmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma bibliyometrik araştırma dizaynında yapılmıştır. Bibliyometrik araştırmalarda, belgelerin ya da yayınların belirli özellikleri analiz edilerek çeşitli bulgular elde edilmektedir (4). Bibliyometrik çalışmalar, belirli bir alandaki literatürün nicel hale getirilmesi ve ortaya çıkan kavramların değerlendirilmesi ile alandaki eğilimlerin tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece gelecek bilimsel yayınlar için araştırmacılara bir yol haritası oluşturmaktadır (5).

Bu çalışmada veri toplamak amacıyla İngilizce yayınlar için PubMed veri tabanında “*Sepsis AND Nursing AND Nurse*” anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. Türkçe yayınlar için ise Google Akademik veri tabanında “*Sepsis ve Hemşirelik*” anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. PubMed’de 1983 yılında yapılmış olan araştırma başlangıç olarak alınmış ve 133 araştırmaya ulaşılmıştır. Google Akademik’te 5 araştırmaya ulaşılmıştır. Mükerrer olan, pediatri alanında yapılmış, farklı dilde yayınlanmış ve direkt olarak hemşirelikle ilgili olmayan çalışmalar kapsam dışında bırakıldığında (n=38) toplam 100 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmalar bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak, yıllara göre yayın sayıları, yayın türleri ile kavram-konu yönelimleri bağlamında analiz edilmiştir.

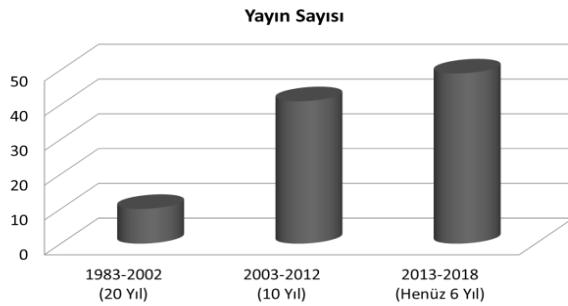
BULGULAR

Analiz sonuçlarına göre, ilk çalışma 1983 yılında yayınlanmıştır. Araştırma kapsamındaki makalelerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde (bkz. Tablo 1., Grafik 1.); 1983-2002 yılları arasında 10, 2003-2012 yılları arasında 41, 2013-2018 yılları arasında 49 çalışma yayınlanmıştır. En çok makalenin ise 2016 yılında (n=14) yayınlandığı görülmektedir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 1. Yıllara Göre Yayın Sayısı

Yayın Yılı	Yayın Sayısı (n)
2018	8
2017	6
2016	14
2015	11
2014	5
2013	5
2012	8
2011	2
2010	3
2009	5
2008	4
2007	3
2006	2
2005	4
2004	3
2003	7
2002	1
1996	1
1995	1
1994	2
1993	1
1992	1
1991	1
1986	1
1983	1
Toplam	100



Grafik 1. Çalışmaların yıl aralığına göre yayınlanma sıklığı

Yayınlar, türleri açısından incelendiğinde (bkz. Tablo 2.) en çok (n=59) derleme türünde çalışma yapıldığı görülmüştür. Sırasıyla deneysel-yarı deneysel dizaynda 17, tanımlayıcı 11, editör düzeyinde 5, olgu sunumu şeklinde 4, kohort, vaka kontrol, niteliksel ve metodolojik dizaynda birer

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yayın bulunmaktadır. Bu çalışmada yer alan tek Türkçe yayınında olgu sunumu olduğu değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Türlerine Göre Yayın Sayısı

Yayın Türü	Yayın Sayısı (n)
Derleme	59
Deneysel-Yarı Deneysel	17
Tanımlayıcı	11
Editör Düzeyinde	5
Olgu Sunumu	4
Kohort	1
Vaka Kontrol	1
Niteliksel	1
Metodolojik	1
Toplam	100

Bu durumda çalışmaların sadece 32'si orijinal araştırmadır. Bunlar arasından deneysel-yarı deneysel dizayndaki çalışmalar (n= 17) kavram-konu yönelimleri açısından incelendiğinde, bunların 3 tanesi sepsisin önlenmesi, 7'si erken tanılanması, 7'sinin de tedavinin rehberlere uyumlu şekilde yürütülmesine yönelik olarak yürütüldüğü görülmüştür.

TARTIŞMA

Sepsisin yüksek mortalitesi nedeniyle 1990'lardan beri klinik araştırmaların ve konsensus toplantılarının odak noktalarından biri olduğu belirtilmektedir. Sepsis ve ilişkili kavramlara yönelik olarak ilk tanımlama, 1991 yılında konsensus toplantısında yapılmıştır (3,6). Bu çalışmada hemşireler tarafından ilk yayınların 1983 yılında yapıldığı görülmektedir. Bu yayın editorial düzeyde olup, farklı hasta popülasyonları için sepsisin tedavisi ve yönetimine yöneliktir (7). Sepsis konusunda 2002, 2012 ve 2016 yıllarında geniş toplantılar ile kılavuzlarda dönüşümler sağlanmış ve yoğun bakım ve diğer klinisyenlerin sepsis yönetiminde aynı dili konuşmaları için rehberler hazırlanmıştır (8). Bu çalışmada, belirtilen yıllarda sepsise yönelik farkındalık, erken tanı ve tedavi kampanyalarının etkisi ile yayın sayısında ciddi bir artış olduğu görülmüştür. Sepsise yönelik son güncel tanımlama, 2016 yılında ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) ve SCCM (Society of Critical Care Medicine) tarafından düzenlenen Sepsis-3 isimli toplantıda yapılmış, sepsis "enfeksiyona karşı disregüle konak yanıtına bağlı organ disfonksiyonu" şeklinde tanımlanmıştır (3,8). Bu çalışmada, en çok yayının bu tarihte yapıldığı görülmüştür. Sepsise yönelik risk tanınması, erken tanı ve müdahale daha anlaşılır ve kolay hale getirildiği, kanıta dayalı uygulamalarla rehberler güncellendiği için son yıllarda hemşirelik

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

alanında da çalışma sayısının hızla arttığı değerlendirilmiştir. Ancak yapılan çalışmaların çoğunlukla konuya ilişkin derleme çalışmalar olduğu gözlenmiştir. Orijinal araştırmalar (n=32) arasında en fazla yer alan deneysel/yarı deneysel çalışmalarda (n=17) çoğunlukla sepsise yönelik olarak güncel rehberler doğrultusunda geliştirilen ve hemşireler tarafından yürütülen protokollerin sepsise etkileri araştırılmıştır. Ve bu protokollerin etkili olduğu görülmüştür. Yoğun bakım hemşireleri hastayı uzun süre yakından gözlemlediği için hastadaki değişimleri daha çabuk fark edebilmektedir ve bu nedenle sepsisin erken tanınmasında hemşirelerin hastaya yönelik gözlemleri çok değerli olmaktadır. Bunu ortaya koymaya yönelik çalışmalara hala ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.

SONUÇ

Sonuçta, sepsis konusunda hemşireler tarafından yapılan çalışmaların sayısının giderek arttığı ve bu çalışmalarda sepsisin önlenmesinden erken tedavisine kadar her süreçte, hemşirenin öneminin ve rolünün vurgulandığı izlenmiştir. Bu çalışmanın, sepsis konusunda araştırma yapmak isteyen hemşirelere kaynak oluşturacağı değerlendirilmiştir. Gelecek çalışmalarda yoğun bakımda hemşirelik bakımının sepsisin önlenmesinde etkinliğini ortaya koyacak araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yeni Rehberler Eşliğinde Sepsis, <https://www.klimik.org.tr>
2. Melville J, Ranjan S, Morgan P. (2015). ICU mortality rates in patients with sepsis before and after the Surviving Sepsis Campaign. Critical Care.;19(Suppl 1):P15. doi:10.1186/cc14095.
3. TATD Sepsis Tanı Ve Tedavi Kılavuzu (2016), <https://www.tatd.org.tr/belge/indir/85>
4. Al, U. ve Coştur, R. (2007). "Türk Psikoloji Dergisi'nin bibliyometrik profili", Türk kütüphaneciliği, 21(2): 142-163.
5. Kasemodel, M. G. C., Makishi, F., Souza, R. C. and Silva, V. L. (2016). "Following the trail of crumbs: A bibliometric study on consumer behavior in the Food Science and Technology field", International Journal of Food Studies, 5(1):73-83.
6. Makic M.B.F, Bridges E. (2018). Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. AJN 118:2, 34-39.
7. Martin JB; Badeaux JE. (2018). Sepsis: Special Considerations, Management, and Treatment for Diverse Patient Populations. Critical Care Nursing Clinics of North America. 30(3):ix-x.
8. Mitchell M, Levy M.M, Laura E. Evans2 L.E, Rhodes A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: update. Intensive Care Med (2018) 44:925–928

S-30

Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Bakımı Ekibinin El Yıkama Davranışlarının Değerlendirilmesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu TERZİ¹, Hem. Hülya ERDOĞAN², Hem. Mehtap ERTÜRK², Hem. Ahmet Sacid ÖZKAN²

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya, Türkiye

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Amasya, Türkiye

ÖZET

Yoğun bakım ünitelerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Retrospektif ve tanımlayıcı tipteki araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinin YBÜ'lerinde gerçekleştirildi. Araştırmada Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin 2017 ve 2018 yılları içinde yaptıkları surveyans çalışmaları dikkate alındı. Veriler, hastanenin Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından surveyans çalışmalarında kullanılan "El Hijyeni Gözlem Formu" ile toplandı. Araştırmada en fazla gözlemin (n=414, %44,8) genel YBÜ'de yapıldığı, toplam 924 sağlık bakımı ekibi üyesinin gözlemlendiği ve bu ekip üyelerinden çoğunluğunu (n=572, %61,9) hemşirelerin oluşturduğu belirlendi. Sağlık bakımı ekibinin el yıkama davranışları incelendiğinde; yapılan gözlemlerde ekip üyelerinin %43,2 (n=399)'sinin hasta ile temas öncesinde el yıkamaya fırsatı olduğu, %31,5 (n=291)'inin hasta ile temas öncesi ellerini yıkadığı, aseptik işlemler öncesinde %9,0 (n=83)'ünün ellerini yıkadığı, hasta ile temastan sonra %22,3 (n=206)'ünün ellerini yıkadığı belirlendi.

GİRİŞ

Yoğun Bakım Ünitelerinde (YBÜ) sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların görülme riskinin yüksek olduğu ünitelerdir. Hastane genelinde bu enfeksiyonların insidansı % 5-10 iken, YBÜ' lerde bu oran %20-25 olarak bildirilmektedir. Bu nedenle bu enfeksiyonların gelişimini önlemek son derece önemlidir. El yıkama, özellikle YBÜ'lerde bu tür enfeksiyonların önlenmesinde en basit, en ucuz ve evrensel standart önlemlerin başında yer almaktadır (Yorgancı ve Çakmakçı, 1997). El yıkama ile sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların %30'a kadar azaltılabileceği ifade edilmektedir (Şen ve ark., 2013).

GEREÇ VE YÖNTEM

Retrospektif ve tanımlayıcı tipteki bu araştırma, YBÜ'lerde çalışan sağlık bakımı ekibinin el yıkama davranışlarını değerlendirilmek amacı ile yapıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili hastanenin başhekimliğinden, sağlık müdürlüğünden yazılı izinler alındı. Veriler Ocak 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü hastanenin enfeksiyon kontrol komitesinin yaptıkları surveyans çalışmaları sırasında kullandıkları "El Hijyeni Gözlem Formu" ile toplandı. Bu formda, incelenen bölüm, tarih, saat, sağlık bakım ekibinin ünvanı, vb. tanımlayıcı özelliklerin yanı sıra çalışanların el yıkamada 5 Endikasyon davranışlarının sorgulandığı bölümler yer almaktadır.

BULGULAR

Araştırmada, toplam 924 sağlık bakımı ekibi üyesinin gözlemlendiği ve bu ekip üyelerinden çoğunluğunu

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

(n=572, %61,9) hemşirelerin oluşturduğu belirlendi. Sağlık bakımı ekibinin el yıkama davranışları incelendiğinde; yapılan gözlemlerde ekip üyelerinin %43,2 (n=399)'sinin hasta ile temas öncesinde el yıkamaya fırsatı olduğu, %31,5 (n=291)'inin hasta ile temas öncesi ellerini yıkadığı, aseptik işlemler öncesinde %9,0 (n=83)'ünün ellerini yıkadığı, hasta ile temastan sonra %22,3 (n=206)'ünün ellerini yıkadığı belirlendi.

TARTIŞMA

Araştırmada el yıkama davranışlarının büyük çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu, YBÜ'de çalışan sağlık bakımı ekibinin %43,2'sinin el yıkamak için yeterli zamanı ve fırsatı olduğu, en fazla el yıkama davranışının Mayıs ayında (%13,2) gözlemlendiği, vücut sıvılarıyla bulaşma riski öncesi durumunda el yıkama davranışlarının düşük (%6,9) olduğu belirlendi. Hasta ile temas sonrası el yıkama oranının %22,3, hasta çevresi ile temas sonrası yıkama oranının %26,9 olduğu saptandı. Yapılan benzer bir çalışmada acil serviste çalışanların 487 temasta %20,8 oranında el yıkadığı (Keşaplı ve ark., 2004); başka bir çalışmada hastane genelinde el hijyenine uyum oranının %75 olduğu ve el hijyeni uygulamasının daha çok hasta ve çevresiyle temastan sonra gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Şen ve ark., 2013). Makay ve ark. (2008)'nin yoğun bakım çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada, tüm sağlık personelinin el yıkama alışkanlığının ortalama %23 olduğu, en fazla el yıkama alışkanlığının hemşirelerde gözlemlendiği bildirilmektedir. El yıkama oranları çalışılan ortama göre farklılık gösterse de el yıkama alışkanlığının hemşirelerde daha yüksek düzeyde olduğu göze çarpmaktadır.

SONUÇ

Araştırmanın sonucunda YBÜ'lerde çalışan sağlık bakımı ekibinin hasta ile temas öncesi ellerini yıkamak için fırsatı olduğu, hasta ile temas öncesi el yıkama oranının ortalamanın altında olduğu görüldü. Bu doğrultuda, YBÜ'lerinde sağlık bakımı ekibi üyelerinin el yıkama alışkanlıklarını kalıcı davranışlara dönüştürebilecek hizmet içi sürekli interaktif eğitimlerin sürdürülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Keşaplı M, Çete Y, Kartal M, (2004). Acil serviste el yıkama davranışının özellikleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 24(3): 235-242.
- Makay Ö, İçöz G, Yılmaz A, Kolcu F. (2008). Yoğun bakım çalışanlarının el yıkama alışkanlıkları. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg*, 14(2): 149-153.
- Şen S, Sönmezoğlu M, Akbal E, Uğur E, Afacan S. (2013). Bir üniversite hastanesinde sağlık personelinin el hijyeninde beş indikasyona uyumu. *Klinik Dergisi*, 26(1): 17-20.
- Yorgancı K, Çakmakçı M. (1997). El yıkama: yoğun bakım infeksiyonlarını önlemede etkin bir yöntem. *Ulusal Travma Dergisi*, 3:164-8.

S-31

Yoğun Bakım Hemşireliğinin de Hasta Güvenliği Hedefleri Eğitiminin Önemi

Mehtap Üçdal¹

¹ medicalpark izmir hastanesi izmir

Giriş : Düzenli ve sistematik eğitim programları ile çalışan yoğun bakım hemşirelerinin hem kişisel, hem mesleki eğitimlerinin tamamlanması ile daha profesyonel ve hasta güvenliğini benimseyen ve bu ilkelere dayalı çalışan yoğun bakım hemşireleri yetiştirilmesinde eğitimin etkin rol almasının araştırılmasıdır.

Bulgular : Bu çalışma 2016 yılı, Medicalpark Hastanesi'nde çalışan yoğun bakım hemşireleri için düzenlenen "Medicalpark İzmir Hastanesi Eğitim Programı'nın düzenli olarak yapılması çalışma alanlarındaki performanslarının artması ve yoğun bakım hemşirelerinin kendilerine olan özgüven ve saygınlığının arttırılmasını sağlamak ve hasta güvenliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarını eğitimler yaparak kanıtlamak, iyileştirmelerin kayıt altında tutulması sağlanmıştır. 2016 yılında toplam 498 hemşireye 10 konu başlıklı toplam 125 eğitim yapılmıştır. Ana başlıklara göre yıllık eğitim alan kişi sayısı 991 hemşire, eğitim süresi 99.6 saat, kişi başı ortalama 1 saat eğitim verilerek kişisel ve mesleki gelişimleri sağlanıp hasta güvenlik hedefleri ve kurum kültürü benimsetilmiştir. Güvenlik raporlama sisteminin aktif kullanılması ve klinik değerlendirmeler yapılarak hemşirelerin bilgi düzeyleri ölçülmüş ve eğitimin yoğun bakım hemşireleri üzerinde etkisi gözle görülür derece de artmıştır. Hemşirelerin 2017 yılın da kişi başı aylık eğitim saatlerinin yükselmesi ile alanlarda çalışan hemşirelerin daha etkin ve hatasız çalışmaları sağlanarak hasta güvenlik hedeflerindeki farkındalıkları arttırılmış, hataların en aza indirilmesi sağlanmış ve yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenlik programını benimseyerek daha profesyonel hemşireler haline gelmesi sağlanmıştır.

Sonuç : Bu eğitim programlarının düzenli olarak devam etmesi, yeni eğitim modülleri geliştirilmesi ve yaşanan sıkıntılara göre eğitimlerin yapılması kurum ve yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenlik hedeflerinin uygulama doğrultusun da verimli olması sağlanmıştır.

S-32

Yoğun Bakımda Mekanik Ventilatörde Takip Edilen Hastalarda Uygulanan İki Farklı Ağız Bakım Antiseptiğinin Etkinliğini Karşılaştırmak

Hamide Şişman¹

Döne Gürpınar¹

Aysu Kozak¹

Neslihan Emlik¹

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

Giriş ve Amaç : Mekanik ventilatöre bağlı bireyin ağız hijyeninin sağlanması ve sürdürülmesi, ağız mukozasında meydana gelen değişikliklerin ve ağız bakımı yetersizliği nedeniyle gelişebilecek ağız

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

sorunlarının ve nihayetinde VIP' in önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bizim bu çalışmayı planlama amacımız hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde uygulanan iki farklı ağız bakım antiseptiğini etkinlik açısından değerlendirmektir.

Yöntem : 15.06.2017-01.06.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen deneysel nitelikteki çalışmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Reanimasyon ve Dahiliye Yoğun Bakım Ünitelerinde mekanik ventilatöre bağlanan hastalar oluşturdu. Örneklem grubunu, evrende belirtilen tarihlerde her iki üniteye yatan, 18 yaş üstü mekanik ventilatöre yeni bağlanan hastalar ilk günden itibaren yedi gün süresince takip edilen 30 hasta oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarından yazılı onam, kurum etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra yapıldı. Toplanan veriler Statistical Package for the Social Science (SPSS) 21 paket programında değerlendirildi.

Bulgular : Yaş ortalaması 60,9 olan 30 hastanın 19 (%63,3)'u erkek olup, 16 hasta Dahiliye Yoğun Bakım ünitesinde, 14 hasta Reanimasyon ünitesinde tedavi görmekteydi. Hastaların tanılarına bakıldığında en fazla 6 kişi (%20) kanser tanısı almıştı. Uygulanan invaziv işlemlerden intravenöz kateter takılması ile VIP gelişimi, kullandığı ek ilaçlarla VIP gelişimi, diş protez kullanımı ile VIP gelişimi ağız içinde kötü koku olması ile VIP gelişimi ile VIP gelişimi, ağız içi enfeksiyon varlığı ile VIP gelişimi, ağız içi nemlendirici uygulaması ile VIP gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla: $p=0,00$, $p=0,00$, $p=0,04$, $p=0,03$, $p=0,00$, $p=0,00$).

Tartışma ve Sonuç : Önlenebilir risk faktörlerine karşı ağız bakımında standartlar doğrultusunda check-list uyumuna dikkat edilmesi, önlemede etkililik düzeyi yüksek olan ağız bakım aracı ve ürünlerinin kullanımı ile mekanik ventilatörde izlenen hastada VIP gelişimini azaltmak mümkündür. Önlenebilir risk faktörlerinin engellenmesinde yoğun bakım hemşirelerinin rolü önemlidir.

S-33

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Adres: Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Abide-i Hürriyet cad. 34381 Şişli/İstanbul

[Tel: 0212 440 00 00/ 27121](tel:02124400007)

e-posta: sevim.ulupinar@istanbul.edu.tr

Uzm. Hem. Nurgül TAYRAN

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Adres:Cerrahpaşa mah. Kocamustafapaşa cad. No:34/E Fatih/İstanbul

[Tel:02124143000](tel:02124143000)

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Dahili: 21342

GSM:05423311380

E-posta: tayranster@gmail.com

ÖZET

Giriş: Sağlık profesyonellerinin izolasyon önlemlerine uyumu, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi açısından önemlidir. İzolasyonda amaç; epidemiyolojik olarak önemli patojen mikroorganizma enfeksiyonu/kolonizasyonu olan hastadan, diğer hastalara, sağlık personeline ve ziyaretçilere mikroorganizma bulaşmasını engellemektir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin izolasyon önlemlerine uyumu ve doğru şekilde uygulaması son derece önemlidir.

Amaç: Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumunu ve uyumda etkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini; bir üniversite hastanesinde görev yapan 216 hemşire ve 214 hekim olmak üzere 430 katılımcı oluşturdu. Verilerin toplanmasında; sosyo-demografik, enfeksiyon ve izolasyon hakkında 10 sorudan oluşan anket formu ve İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği kullanıldı. Ölçek 5li Likert tipte 18 maddeden oluşuyordu. Ölçek puanı 5 üzerinden değerlendirildi. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .85'ti.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 33,6 yıl, hekimlerin 39,2 yılı. Hemşirelerin %37,5'i lisans mezunuydu, hekimlerin %51,4'ü tipta uzmanlık derecesine sahipti. Hemşirelerin %94'ü, hekimlerin %93,9'u mesleğini severek yaptığını, hemşirelerin %69'u hekimlerin %84,1'i çalışma koşullarından memnun olduğunu ifade etti. Katılımcıların en fazla temas izolasyonu uyguladığı; izolasyon ile ilgili en fazla malzeme eksikliği konusunda sıkıntı yaşandığı belirlendi. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum puanı (4,34) hekimlerin puanından (4,15) yüksekti, katılımcılara göre izolasyon önlemlerine en iyi uyum gösteren grup hemşirelerdi.

Hemşireler içinde; lisansüstü eğitime sahip olan ve yönetici olarak çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum puanı daha yüksekti. Hekimler içinde; tipta uzman olan, mesleğini severek yapan, bilimsel etkinliklere katılan hekimlerin izolasyon önlemlerine uyum puanı daha yüksekti. Kadın hekimlerin uyum puanı erkek hekimlerden yüksekti. İzolasyon önlemleri ile ilgili sorun yaşamadığını ifade eden hekimlerin uyum puanı sorun yaşayanlardan daha yüksekti.

Sonuç: Kurumsal faktörlerin, mesleki gelişim ve eğitim faaliyetlerinin sağlık profesyonellerinin izolasyon önlemlerine uyumunu artırmada etkili olduğu belirlendi. Enfeksiyon kontrol uygulamaları ve eğitimlerin etkin olması için; sağlık profesyonelleri ve yöneticilerin, enfeksiyon kontrol komitesi ile işbirliği içinde çalışması önerildi.

S-34

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ağız Bakımına Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaların İncelenmesi

Nasibe Yağmur Ziyai¹, Hande Cengiz¹, Yurdanur Dikmen¹, Dilek Aygin¹

¹Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Giriş ve Amaç: Yoğun bakım hastalarında, ağız sağlığının sürdürülmesi için kanıta dayalı uygulamaların kullanımı hasta bakım standardını yükselten bir uygulamadır. Bu nedenle bu çalışma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı ağız bakım uygulamaları hakkında bilgi düzeylerini ve uygulama durumlarını incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Tanımlayıcı desende planlanan bu çalışmanın örneklemini Mayıs-Haziran 2016 tarihleri arasında bir kamu hastanesi yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya gönüllü toplam 69 yoğun bakım hemşiresi oluşturmuştur. Veriler, Hemşire Tanıtım Formu ve ilgili literatür taranarak hemşirelerin ağız bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaları bilme ve uygulama durumunu belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzdelik hesaplamaları kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 38.26 ± 6.03 olup, %56.5'inin lisans mezunu olduğu, %49.3'ünün 2-5 yıl süre ile yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığı saptandı. Hemşirelerin ağız bakım uygulamalarına yönelik çalıştıkları klinikte en çok kullandıkları kanıta dayalı uygulamalar sırasıyla "yoğun bakım hastalarında ağız içi değerlendirmesi diş, diş eti, dil, mukoz membran ve dudakları içermelidir" (%100), "ağız bakım rehberlerinin etkili ve uygun kullanımı ağız bakım kalitesini artırır" (%92.8) olarak saptandı. Hemşirelerin kullandıkları uygulamaların kanıta dayalı uygulama olup-olmadığını bilme durumları incelendiğinde bakım uygulamaları sırasıyla, "yoğun bakım hastalarında diş fırçalamanın süresi ağzın tüm alanlarına ulaşan bir diş fırçası ile en az 3-4 dakika olmalıdır" (%72.5), "yoğun bakım hastalarında ağız bakımı uygulamalarında diş fırçası günde en az iki kez kullanılmalıdır" (%66.7) olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada, hemşirelerin kullandıkları ağız bakımı uygulamalarının kanıta dayalı uygulama olduğunu bilme oranlarının düşük olduğu saptanmış olup, bu konuda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının desteklenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda, kanıta dayalı uygulamalarla entegre hizmet-içi programların geliştirilmesi, yoğun bakım ünitelerinde ağız bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaları içeren yazılı rehberlerin oluşturulması önerilmektedir.

Investigation Of Evidence-Based Oral Care Applications In Intensive Care Nurses

Nasibe Yağmur Ziyai¹, Hande Cengiz¹, Yurdanur Dikmen¹, Dilek Aygün¹

¹Sakarya University Faculty of Health Sciences Nursing Department, Sakarya, Turkey

Introduction and Aim: In intensive care patients, the use of evidence based practices to maintain oral health is an application that raises the standard of patient care. This study was conducted to investigate the level of knowledge and practice status of nurses working in intensive care unit on evidence-based oral care applications.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Method: The sample of this descriptively planned study was consisted of 69 intensive care nurses who were voluntarily participated and working in intensive care unit of a public hospital. The data was collected by reviewing the literature, using Nurse Presentation Form prepared by the researchers to determine the knowledge and application status of nurses about evidence-based oral care applications. In the evaluation of the data, number and percentage calculations were used.

Results: It was determined that the average age of the nurses participating in the study was 38.26 ± 6.03 , 56.5% of the nurses had a bachelor's degree, 49.5% were working as an intensive care nurse for 2-5 year. The applications which were most frequently used by nurses in evidence based practices oral care applications were detected as respectively; "Intensive care patients should include teeth, gums, tongue, mucous membranes and lips" 100%, "effective and appropriate use of oral care guidelines increases oral care quality" (92.8%). When the cases where the nurses know whether the application was evidence-based or not, it was determined respectively; "In intensive care patients, the duration of toothbrushing should be at least 3-4 minutes with a toothbrush reaching all areas of the mouth" (72.5%), "the toothbrush should be used at least twice a day in oral care applications in intensive care patients" (66.7%).

Conclusion: In this study, it was determined that the rates of knowledge about oral care applications are evidence-based of nurses was low, it was concluded as the nurses' knowledge and practices should be supported. Therefore, the development of integrated in-service programs with evidence-based practices and the creation of written guidelines containing oral-based evidence-based practices in intensive care units.

Key words: Evidence-Based Practices, Intensive care, Nurse, Oral Care.

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hastanın mekanik ventilatöre bağlı olması, uygulanan bazı tedaviler, ağız yoluyla sıvı ve besin alınmaması, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler, tedavi ve bakım için kullanılan materyaller oral mukoz membranda değişikliklere neden olmaktadır (Özveren 2010; Dikmen 2017). Dolayısıyla bu hastalara etkin bir biçimde ağız bakımı yapabilmek için öncelikle hastanın oral değerlendirilmesinin doğru yapılması, doğru bakım aracı ve doğru bakım ürününün uygun sıklıkta ve uygun yöntemle uygulanması gerekmektedir (Aygin ve Çetin 2016; Dikmen 2017). Yoğun bakım hastalarında, ağız sağlığının sürdürülmesi için kanıta dayalı uygulamaların kullanımı hasta bakım standardını yükselten bir uygulama olması sebebiyle bu konuda kanıt seviyeleri yüksek araştırmalara dayalı rehberlere gereksinim duyulmaktadır (Aygin ve Çetin 2016; Dikmen 2017). Bu nedenle birçok hastanede hemşirelerin sorumluluğunda gerçekleşen ağız bakım uygulamaları hakkında hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi ve beceri sahibi olmaları oldukça önemlidir. Aynı zamanda kanıta dayalı doğru uygulama becerilerinin çalışma ortamına aktarılması malpraktisin önlenmesinde de oldukça

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

önemlidir (Ciğerci ve ark., 2016). Konuyla ilgili literatürler incelendiğinde hemşirelerin ağız bakım uygulamasına ilişkin kanıta dayalı uygulamaları kullanma ve bilme durumlarını belirlemeye yönelik yurtiçi benzer çalışma sonuçlarına rastlanılmamıştır. Bu nedenle böyle bir araştırmanın yapılmasına gerek duyulmuştur. Bu araştırmanın amacı, yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı ağız bakım uygulamaları hakkında bilgi düzeylerini ve uygulama durumlarını incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ağız bakımına yönelik kanıta dayalı bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Mayıs- Ağustos 2016 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan dahiliye ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 100 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya istekli 69 hemşire oluşturdu (katılım yüzdesi %69). Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik bilgileri ile ağız bakımı kanıta dayalı bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hemşireye ait tanıtıcı bilgiler ve ağız bakımı hakkında toplam 19 soruyu içermektedir. İkinci bölümde ise ağız bakımına yönelik kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları kapsayan 9 uygulamaya yer verilmiştir. Hazırlanan veri toplama formu geçerlilik açısından uzman görüşüne sunulmuştur. Soru formu yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan gerekli onaylar alınmıştır. Ayrıca, hemşirelerin çalışmaya katılmalarında gönüllük esası dikkate alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma analizleri kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 38.26 ± 6.03 (min-max:20-45) olup, hemşirelerin %72,5'u kadın, %27.5'u erkekti. Hemşirelerin %56.5'u lisans mezunudur. Meslekte çalışma süreleri %40.6'sının 2-5 yıl, %21.7'sinin 0-1 yıl iken, yoğun bakımda çalışma süreleri ise %49.3'ünün 2-5 yıl, %34.8'inin 0-1 yıl olarak bulundu. Hemşirelerin %44.9'u ağız bakımını günde 4-6 saat ara ile yaptığını, %27.5'i günlük olarak hastanın ağız içi değerlendirmesini yaptığını, %87'si aspirasyon işlemini ağız bakımından önce yaptığını, %59.4'ü ağız bakımında sodyum bikarbonat, %14.5'i klorheksidin, %11.6'sı ise serum fizyolojik kullandığını ifade etti. Hemşirelerin ağız bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamalara ve mevcut uygulamalardaki bilgi düzeyleri hakkındaki bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Tablo 1. Hemşirelerin ağız bakımına yönelik kanıta dayalı bilgi düzeyleri ile mevcut uygulamalardaki bilgi düzeylerinin dağılımı

Ağız Bakımına Yönelik Kanıta Dayalı Bilgiler	Kanıta dayalı uygulama				Mevcut uygulama			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı rehberlerinin etkili ve uygun kullanımı ağız bakım kalitesini artırır	41	59.4	28	40.6	64	92.8	5	7.2
Yoğun bakım hastalarında etkili yapılan ağız bakımının ventilatör ilişkili pnömoniye önler.	45	65.2	24	34.8	52	75.4	17	24.6
Yoğun bakım hastalarında ağız içini değerlendirmesi diş, dişeti, dil, mukoz membran ve dudakları içermelidir	39	65.2	30	43.5	69	100	-	-
Yoğun bakım hastalarında yumuşak diş fırçası kullanımı yiyecek kalıntılarını ve plakları uzaklaştırarak mikrobik kolonizasyonu azaltır	43	62.3	26	37.7	53	76.8	16	23.2
Yoğun bakım hastalarında %0.12 klorheksidin glukonat kullanılmalıdır.	34	49.3	35	50.7	41	59.4	28	40.6
Yoğun bakım hastalarında ağız bakımında musluk suyu kullanılmamalıdır.	27	39.1	42	60.9	29	42	40	58
Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı sırasında supraglottik aspirasyon yapılması Ventilatör ilişkili Pnömoni gelişimini önler	37	53.6	32	46.4	47	68.1	22	31.9
Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı uygulamalarında diş fırçası günde en az iki kez kullanılmalıdır.	45	66.7	24	33.3	43	62.3	26	37.7
Yoğun bakım hastalarında diş fırçalamanın süresi ağzın tüm alanlarına ulaşan bir diş fırçası ile en az 3-4 dakika olmalıdır	45	66.7	24	33.3	48	69.5	21	30.5

Hemşirelerin ağız bakım uygulamalarına yönelik çalıştıkları klinikte en çok kullandıkları kanıta dayalı uygulamalar sırasıyla "yoğun bakım hastalarında ağız içi değerlendirmesi diş, diş eti, dil, mukoz membran ve dudakları içermelidir" (%100), "ağız bakım rehberlerinin etkili ve uygun kullanımı ağız bakım kalitesini artırır" (%92.8), "yoğun bakım hastalarında yumuşak diş fırçası kullanımı yiyecek kalıntılarını ve plakları uzaklaştırarak mikrobik kolonizasyonu azaltır" (%76.8), "yoğun bakım hastalarında etkili yapılan ağız bakımı ventilatör ilişkili pnömoniye önler" (%68.1) olarak saptandı. Hemşirelerin kullandıkları uygulamaların kanıta dayalı uygulama olup-olmadığını bilme durumları incelendiğinde bakım uygulamaları sırasıyla, "yoğun bakım hastalarında diş fırçalamanın süresi ağzın tüm alanlarına ulaşan bir diş fırçası ile en az 3-4 dakika olmalıdır" (%66.7), "yoğun bakım hastalarında ağız bakımı uygulamalarında diş fırçası günde en az iki kez kullanılmalıdır" (%66.7), "yoğun bakım hastalarında ağız içi değerlendirmesi diş, diş eti,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

dil, mukoz membran ve dudakları içermelidir" (%56.5), "yoğun bakım hastalarında ağız bakım sırasında supraglottik aspirasyon yapılması ventilatör ilişkili pnömoni gelişimini önler" (%53.6) olarak belirlendi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelerin kullandıkları ağız bakımı uygulamalarının kanıta dayalı uygulama olduğunu bilme oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Prendergast ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada, yatak başı değerlendirme protokolü ve Barrow ağız bakım protokolünün ağız bakım uygulaması üzerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, iki rehberinde VIP oranlarını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır. (Prendergast, 2013). Çalışmamızda hemşirelerin yalnızca %65.2'si *ağız bakım rehberlerinin etkili ve uygun kullanımı ağız bakım kalitesini arttırdığını* kanıta dayalı uygulama olarak belirtmiştir. Alotaibi ve arkadaşlarının (2014) 215 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, ağız bakım rehberlerini kullanan hemşirelerin ağız bakımı uygulamalarını daha etkin yaptıkları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da hemşirelerin %59.4'ü etkili ve uygun kullanımın ağız bakım kalitesini arttırdığını kanıta dayalı uygulama olarak ifade etmiştir. Yoğun bakım hastalarında ağız bakımında musluk suyu kullanılmaması Kanıt C düzeyinde bir uygulamadır (Muscarella, 2004; Anaisse ve ark.2002). Ancak çalışmamızda hemşirelerin %42'si ağız bakımında musluk suyunu tercih etmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ağız bakım uygulamasına yönelik bu işlem basamağı hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları ve mevcut uygulamaya yansıtılmamaları istenmeyen bir bulgudur. Bütün bu nedenlerden dolayı hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

SONUÇ

Bu çalışmada, hemşirelerin kullandıkları ağız bakımı uygulamalarının kanıta dayalı uygulama olduğunu bilme oranlarının düşük olduğu saptanmış olup, bu konuda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının desteklenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda, kanıta dayalı uygulamalarla entegre hizmet-içi programların geliştirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yoğun bakım ünitelerinde ağız bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaları içeren yazılı rehberlerin oluşturulması ve bu rehberlerin hemşirelik bakım uygulamalarına yansımalarının değerlendirilmesi önerilmektedir

KAYNAKLAR

- Alotaibi, A.K. Alshayiqi, M. Ramalingam, S. (2014). Does the presence of oral care guidelines affect oral care delivery by intensive care unit nurses?. A survey of Saudi intensive care unit nurses. American journal of infection control, 42 (8), 921-922.
- Anaissie, E.J. Penzak, Scott, R. Dignani, M. (2002). The hospital water supply as a source of nosocomial infections: a plea for action. Archives of Internal Medicine, , 162.13: 1483-1492.
- Aygin, D. Çetin, B.K. (2016). Ventilatör ilişkili Pnömoninin Önlenmesinde Ağız Bakımının Rolü. J hum rhythm, 2(4):138-143.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

- Ciğerci, Y. Çevik, C. Çelebi, Ş. Kurt, H. Aslan, A. (2016) Öğrenci Hemşirelerin Endotrakeal Aspirasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 6: 128-139.
- Dikmen Y. (2017). Yoğun Bakım Hastalarında Ağız Bakımı Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulamalar Çerçevesinde Literatür İncelemesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1): 45-52
- Muscarella Lawrence, F. (2004). Contribution of tap water and environmental surfaces to nosocomial transmission of antibiotic-resistant Pseudomonas aeruginosa. Infection Control, 25(4): 342-345.
- Özveren H. (2010). Mekanik Ventilatore Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2010) 92–99
- Özveren, H. (2010). Mekanik Ventilatore Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(2): 92-99.
- Prendergast, Virginia. Kleiman, Cindy. King, Mary. (2013). The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. Intensive and Critical Care Nursing, 29(5): 282-290.

S-35

Yoğun Bakım ve Dahili /Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Bireysel Yenilikçilik Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Altun Baksi¹

Hamdiye Arda Sürücü¹

Gülfidan Kurt¹

¹ Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakır

Giriş : Giriş-amaç: Hemşireler hastalıkların bakım ve tedavisine yönelik daha iyi yollar bulmak ve yeni bilgiler edinmek için yenilikçi olmalıdır. Yoğun bakım bilgi ve uygulamaları, bilim ve teknolojiye gelişmelere paralel olarak her geçen gün hızlı bir şekilde yenilenmekte ve gelişmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın amacı; yoğun bakım ve dahili/cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde bireysel yenilikçilik davranışlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma, Türkiye'nin doğusunda yer alan bir ilin devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde Nisan-Haziran 2018 tarihlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini yoğun bakım kliniklerinde (n:55) ve dahili/cerrahi kliniklerde (n:95) çalışan toplam 150 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri; veri formu ve "Bireysel Yenilikçilik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için ölçeğin uyarlamasını yapan yazarlardan, kurumdan ve hemşirelerden izin alınmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, t testi, Kruskal Wallis ve korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular : Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %70'i kadın, %57.3'ü lisans mezunu, %22.7'sinin yoğun bakım deneyimi 2-4 yıl, %56.7'si çalıştığı kliniğin iş yoğunluğunu "çok", %58'i hemşirelik mesleği ile ilgili etkinliklere katılmadığı, %65.3'ü hemşirelik mesleği ile ilgili araştırmalara katılmadığı ve %63.3'ü dahili

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

veya cerrahi kliniğinde çalıştığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.42 ± 6.18 ve bireysel yenilikçilik toplam ölçek puanı 70.71 ± 9.79 bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel yenilikçiliklerini etkileyen faktörlere bakıldığında; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, yoğun bakımda çalışma ve mesleki deneyim, kliniğin iş yoğunluğu, çalışma saatleri, mesleki etkinliklere katılma durumu, çalışılan klinik ve yaş gibi değişkenlerin etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$). Bununla birlikte meslek ile ilgili araştırmalara katılım ile mesleği sevmeye durumunun bireysel yenilikçiliği arttırdığı saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç : Sonuç: Hemşirelerin genel olarak yenilikçilik puanlarına bakıldığında sorgulayıcı grupta oldukları görülmektedir. Hemşirelerin meslek ile ilgili araştırmalara katılım ve mesleği sevmeye durumlarının bireysel yenilikçiliği arttırdığı saptanmıştır. Literatürde sorgulayıcıların yeni fikirleri benimsemeden önce uzun zaman düşündükleri ve uygulama konusunda nadiren liderlik yaptıkları belirtilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin yenilikçilik davranışlarının geliştirilmesi açısından; araştırmalara ve diğer etkinliklere katılım konusunda motive edilmesi, fırsat verilmesi, yeterli zaman ve kaynak sağlanması önerilmektedir.

S-36

Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları

Selmin Köse ¹

Berrin İnal Tunalı ²

Gülay Yıldırım ³

¹ Biruni Üniversitesi, Hemşirelik, İstanbul

² İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul

³ Gelişim Üniversitesi, Hemşirelik, İstanbul

Giriş : Giriş-Amaç: Araştırma, hekim ve hemşirelerin saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Yöntem: Araştırma, Şubat–Mayıs 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yoğun Bakım ünitelerinde yapıldı. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini hastanenin yoğun bakım servislerinde çalışan 118 hekim ve hemşire oluşturdu. Örneklem hesabı yapılmadı, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 102 hekim ve hemşire örnekleme dahil edildi. Veriler Bilgi Formu, Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılarak elde edildi. Veriler SPSS 22.0 paket programında değerlendirildi.

Bulgular : Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $32,62 \pm 7,3$ 'tür. Saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutum ölçeğinden alınan puan ortalaması $50,60 \pm 6,6$ 'dır. Cerrahi yoğun bakımda görevli katılımcıların genel yoğun bakım ve kalp-damar cerrahisi yoğun bakımında görevli katılımcılara göre saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin düşük olduğu belirlendi (p

Sonuç : Sonuç: Katılımcıların saygın ölüm ilkelerini benimseme düzeylerinin yüksek olduğu, hemşire ve hekimlerin en fazla ölüme karşı yaklaşım kabullenme tutumunu sergiledikleri, ölüm olayının ölümden sonraki yaşama bir geçiş olduğuna inandıkları belirlendi.

S-37

Geçici Olarak Sözel İletişim Kuramayan Yoğun Bakım Hastalarında İletişim

Sevilay Erden ¹

Gülümser Topbaş ²

¹ Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adana

² Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana

Giriş : Etkili iletişim hasta hakkıdır ve tıbbi hataların önlenmesi ve hemşirelik bakımı açısından önemlidir. Yapılan çalışmalardan birinde yoğun bakım (YB) hemşirelerinin %84.5'inin entübe hastalarla iletişimde güçlük yaşadıklarını, %82.7'sinin "hastanın anlatmak istediğini tahmin etmeye çalışırım" ve %66.3'ünün "hastanın yazmasını isterim" yanıtlarını verdiği saptanmıştır. Tahmin edilerek toplanan veriler, hastanın içinde bulunduğu tıbbi durumu ya da gereksinimini yansıtamayacağı için, doğru tanıya götürmez. Ayrıca, motor güçsüzlüğü, yorgunluğu, ya da aktivite intoleransı olan YB hastalarının yazı yazabilmesi güçtür. Bu açıdan, hastanın tıbbi durumunun göz önünde bulundurularak verilerin profesyonel şekilde toplanması, iletişimin hastaya özel ve etkili olması açısından gereklidir. YB hastalarında yardımsız (mimik kullanma, işaretleme gibi) ya da yardımla (resimli kartlar, bilgisayar destekli programlar gibi) yapılan çeşitli iletişim yöntemleri kullanılmaktadır. Literatürde, hasta gereksinimlerine uygun içerikte hazırlanan görsel materyallerin hemşireler tarafından önerildiği, bu araçların entübe hastalarla iletişimi güçlendirdiği belirtilmiştir. Yüksek teknolojili uygulamalar, fazla kas gücü gerektirmeyip, basit talimatları uygulayabilen hastalar için uygundur. Buna karşın, bilgisayar destekli programlardan bazıları, kas güçsüzlüğü, yorgunluğu ya da odaklanma sorunu olan sedasyondaki hastalar için uygun değildir. Bazı gelişmiş merkezlerde elektronik ses ve yazı yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Gaze controlled uygulaması, görme problemi olmayan ancak, paralizi olan hastalarda uygundur. Gözlemlerimiz, bazı YB hastalarının akıllı telefonlarındaki keypadlerini kullanarak hemşirelerle iletişim kurduklarını göstermektedir. Yapılan bir sistematik inceleme çalışmasında hastaya özel (entübasyon/trekeostomi durumu, bilinç düzeyi, görsel iletişim becerisi vb) alternatif iletişim yöntemleri algoritması oluşturmuştur. Bu yöntemler içinde, kalem-kağıttan, elektrolarynx'e kadar pek çok yöntem yer almaktadır. Araştırmacılar, her hastada uygulanan iletişim yönteminin aynı olmadığını, hastaya uygun olan birden fazla yöntemin seçilerek uygulanmasını önermişlerdir. Günümüzde uluslararası YB rehberleri sedasyon süresini kısaltan sedasyon protokolleriyle hastanın uyanıklığını arttırarak erken beslenmesini ve mobilizasyonunu desteklemekte ve yoğun bakımda kalma süresini azaltmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, önümüzdeki günlerde yoğun bakımlarda iletişim kurabilen hasta sayısının artacağı göz önünde bulundurularak, hemşireler, hastalara özgü tasarlanmış, kültürel açıdan uygun, geçerli ve güvenilir iletişim yardımcı araç ve gereçleri kullanmalıdır.

S-38

Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalara Ameliyat Öncesi Dönemde Mekanik Ventilatöre Yönelik Verilen Eğitimin Hastanın Uyum, Konfor ve Anksiyetesine Etkisi

Berrin PAZAR¹

Emine İYİGÜN²

¹ Genelkurmay Sağlık Daire Başkanlığı, Eğitim Subaylığı, Ankara

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara.

Giriş : Mekanik ventilatör tedavisi hastalarda strese neden olmaktadır. Bu stres nedeniyle hastalar mekanik ventilatöre uyumsuzluk gösterebilmekte, mekanik ventilatördeyken konfor kaybı ve anksiyete yaşamaktadırlar. Çalışmanın amacı kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi dönemde mekanik ventilatöre yönelik verilen eğitimin hastaların mekanik ventilatöre uyum, konfor ve anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesidir. Randomize kontrollü klinik çalışması olan araştırma bir eğitim hastanesinin Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde yürütülmüştür. Araştırma kalp cerrahisi geçiren ve mekanik ventilatör tedavisi uygulanan 200 hasta ile yürütülmüştür. Hastalar blok randomizasyon yöntemi kullanılarak iki gruba ayrılmış ve her bir grup 100 hastadan oluşmuştur. Müdahale grubuna, ameliyat öncesi dönemde araştırmacı tarafından mekanik ventilatöre yönelik broşür eşliğinde planlı eğitim ve mekanik ventilatör tedavisindeyken sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmada yararlanacakları iletişim panosunun kullanılmasına ilişkin eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna ise ameliyat öncesi dönemde araştırmacı tarafından eğitim verilmemiştir. Araştırmanın verileri, hastalar yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör tedavisindeyken ve ameliyat sonrası ikinci gün ameliyat sonrası bakım ünitesine transfer edildikten sonra toplanmıştır.

Bulgular : Mekanik ventilatör tedavisi sırasında müdahale ve kontrol gruplarındaki katılımcılarının, mekanik ventilatör tedavisine uyumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p

Sonuç : Eğitim alan müdahale grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre, mekanik ventilatördeyken uyum ve konfor düzeylerinin yüksek olduğu, aynı zamanda daha az anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.

S-39

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Muayene Yöntemleri Kullanımına İlişkin Görüşleri - Bu TYL-2017-2138 Proje Numarası ile Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu (BAP) Tarafından Desteklenmiştir

Ayşegül Korkmaz Doğdu¹

Emine Kol¹

¹ Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik, Antalya

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Giriş : Giriş: Hemşireler doğrudan hasta ile etkileşimde bulunan sağlık profesyonelleri olması nedeni ile hastaların sağlığının sürekli değerlendirilmesi ve fiziksel muayene yöntemlerinin uygulanması sorumlulukları arasında yer almaktadır. Araştırma Antalya ili kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel muayene yöntemlerinin kullanımı ile ilgili görüşlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

Bulgular : Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %64.69'u lisans mezunu ve %51.30'u hemşirelik mesleğinden memnundur. Hemşirelerin %39.20'si cerrahi bölümlerde, %31.89'u dahili bölümlerde, %28.90'ı yoğun bakımlarda çalışmaktadır. Yoğun bakım ortamında çalışan hemşirelerin (n:174) %86.67'si "Çalıştığım klinikte fiziksel muayene yöntemlerini kullanıyorum" ifadesine, %84.24'ü "Çalıştığım kurum destek verdiği sürece fiziksel muayene yöntemlerini kullanmak isterim" ifadesine katılmaktadır. Verilen bulgular istatistiksel olarak anlamlı bir farkla diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre yüksek değerdedir. Yoğun bakım ortamında çalışan hemşireler "Fiziksel muayene yöntemlerinin uygulanması için yeterli zamanım olmuyor" ifadesine ise %37.58 oranı ile dahili bölümlerde çalışan hemşirelere göre düşük oranda katılım göstermişlerdir.

Sonuç : Sonuç: Yoğun bakım ortamında çalışmakta olan hemşireler fiziksel muayene yöntemlerini dahili bölümler ve cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelere göre çoğunlukla kullanmakta ve kurum tarafından desteklendikleri sürece kullanmak istemektedirler. Ayrıca yoğun bakım ortamında çalışan hemşireler fiziksel muayene yöntemleri kullanımında yeterli zamanının olmadığı görüşüne katılmamaktadır

S-40

TISS-28 Skorunun Yoğun Bakımda Kalış Süresi ile İlişkisi

İrem Nur Özdemir¹, Yasemin Tekdöş Şeker¹, Ayten Zeydan¹, Canan Kandemir¹, Hülya Şahindokuyucu¹, Tükezbhan Atilla¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

İrem Nur Özdemir: Uzm. Hem. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Email: iremozdemir_92@hotmail.com GSM: 05076472107

Yasemin Tekdöş Şeker: Uzm.Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Email: yasemintekdos@gmail.com GSM: 05324755154

Ayten Zeydan: Hemşire yetkili ebe. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Email: aytenzeydan@gmail.com GSM: 05306918535

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Canan Kandemir: Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Email: canankandemir79@gmail.com GSM: 05055655621

Hülya Şahindokuyucu: Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Email: h.sahindokuyucu@saglik.gov.tr GSM: 05056806050

Tükezban Atilla: Hemşire. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Email: tukezban.atilla@saglik.gov.tr GSM:05054518069

Giriş

Başlangıçta hastalık şiddetini yansıtan bir skora sistemi olan Terapötik Girişim Skora Sistemi (TISS-28), günümüzde hemşirelik aktivitelerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Hemşire iş yükü ile TISS-28 arasında doğru orantılı ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmada, TISS-28 ile yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kalış süreleri arasındaki ilişkinin varlığının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışmamıza Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğine 01.01.2017 ile 01.06.2018 tarihleri arasında kabul edilen hastalar dahil edilmiştir. Elektronik klinik karar destek sistem dosyaları retrospektif taranmış ve ilk 48 saat içinde taburcu edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların TISS-28 değerlendirmeleri, taburculuk anına kadar her gün bir kez kaydedilmiştir. Analizlerde MedCalc Statistical Software version 12.7.7 Programı ile bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırmasında Mann Whitney u testi; ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi; ikili karşılaştırmalar için Benforroni Düzeltmeli Dunn Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Toplam 2131 hasta içinden 130 hasta 48 saatten daha kısa süren yatış nedeniyle çalışma dışın bırakılmıştır. Kalan 2001 hastanın 1154'ü (%57,67) erkek, 847 (%42,33) kadındır. Kalış süreleri incelendiğinde; 2-7 gün arası 1045 hasta (%52,22) 7-15 gün arası 456 hasta (%22,79), 15 gün üzeri 500 (%24,99) hasta olduğu belirlenmiştir. Yatış anı (ilk) TISS-28 skoru $21,28 \pm 7,64$, taburculuk (son) TISS-28 skoru $21,07 \pm 7,72$ idi. Kalış gün sayısına göre ilk TISS-28 skoru ve son TISS-28 skoru parametreleri arasında istatistiksel anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kalış günlerinin alt grupları kıyaslandığında uzun süreli yatışlarda ilk TISS-28 ve son TISS-28 değerlerinde istatistiksel anlamlı yükseklik tespit edilmiştir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Sonuç: Hasta takip ve tedavisinde TISS -28 skoru hastalık şiddeti ile korele olup hastanın yatış süresi uzadıkça skor artmaktadır. Etkin hemşirelik bakımında TISS-28 skoru kullanıldığında efektif iş dağılımının sağlanabileceği kanaatindeyiz.

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) kritik hastaların yakın takip ve tedavilerinin yapıldığı, ek cihazlar ve ilaçlar kullanılarak yaşamsal fonksiyonların desteklendiği birimlerdir. Morbidite ve mortalitenin hesaplanması bu hastalarda oldukça önemlidir. Yoğun bakımlarda kaynakların etkin kullanımı ile maliyet etkinliğinin sağlanması ve klinik uygulamalara yol göstermesi için skora sistemlerinin kullanılması gerekmektedir. Skora sistemleri; hastalıkların ciddiyetini değerlendirerek mortaliteyi tahmin eden "prognostik skora sistemleri" ve morbiditeyi değerlendiren "organ yetmezliği skora sistemleri" olmak üzere ikiye ayrılır. YBÜ'lerde hemşire iş yükünün belirlenmesinde prognostik skora sistemlerinden Terapötik Girişim Skora Sistemi (TISS-28) kullanılmaktadır (1,2). TISS-28 skoru, ilk defa Cullen ve arkadaşları tarafından 1974 yılında kullanılmaya başlanmıştır (3). Zaman içinde Miranda ve arkadaşları tarafından bu skor sadeleştirilmiş olup 1996 yılında 76 parametreden 28 parametreye indirgenmiştir. İlk zamanlarda hastalık şiddetini yansıtan bir skora sistemi olan TISS-28, günümüzde hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. TISS-28 skora sisteminde 7 ana tedavi kapsamında puanlama yapılır: Temel aktiviteler (7 madde), solunum desteği (4 madde), kardiyovasküler destek (7 madde), renal destek (3 madde), nörolojik destek (1 madde), metabolik destek (3 madde) ve özel müdahaleler (3 madde) olmak üzere yedi ana bölüm ve toplam 28 ifadeden oluşan TISS-28'de skorlar 1-78 arasında değişmektedir (Ek 1). TISS-28 skoru ile hasta başında geçirilen hemşirelik bakımının süresi arasında doğru orantılı bir ilişki vardır ve skorlamada ki her bir puan, 10,6 dakika hemşirelik bakımı verilmesi demektir (4). TISS-28, hemşire iş yükünü belirlemede kullanılması yanı sıra hastalıkların şiddeti ile de korelasyon göstermektedir (5). TISS-28 skurunun hastalıkların şiddeti ile ilgili ön bilgi verdiği ve mortalite ile anlamlı ilişki içerisinde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5,6). TISS-28 skora sistemi ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok; maliyet ve hemşire iş yükünü belirlemeye yönelik olup daha çok mortalite ile ilişkisi kurulmuştur. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ile TISS-28 skoru arasındaki ilişkinin varlığının ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğine 01.01.2017 ile 01.06.2018 tarihleri arasında kabul edilen hastalar dahil edilmiştir. Elektronik klinik karar destek sistem dosyaları retrospektif taranmış ve ilk 48 saat içinde taburcu edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların TISS-28 değerlendirmeleri, taburculuk anına kadar her gün bir kez kaydedilmiştir.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde MedCalc Statistical Software version 12.7.7 Programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenleri tanımlamak için deskriptif istatistikler kullanılmıştır (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum). Bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırmasında Mann Whitney u testi; ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi; ikili karşılaştırmalar için Benforroni Düzeltmeli Dunn Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

BULGULAR

Toplam 2131 hasta içinden 130 hasta 48 saatten daha kısa süren yatış nedeniyle çalışma dışın bırakılmıştır. Kalan 2001 hastanın 1154'ü (%57,67) erkek, 847 (%42,33) kadındır. Kalış süreleri incelendiğinde; 2-7 gün arası 1045 hasta (%52,22) 7-15 gün arası 456 hasta (%22,79), 15 gün üzeri 500 (%24,99) hasta olduğu belirlenmiştir. Yatış anı (ilk) TISS-28 skoru $21,28 \pm 7,64$, taburculuk (son) TISS-28 skoru $21,07 \pm 7,72$

Kalış gün sayısına göre, ilk TISS-28 ve son TISS-28 parametreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$).

İlk TISS-28 parametresi için post hoc ikili karşılaştırmaya göre 15 gün üstü grupla 2-7 gün ve 7-15 gün grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). 15 gün üstü kalan hasta grubunun ortalaması daha yüksektir. Son TISS-28 parametresi için post hoc ikili karşılaştırmaya göre 2-7 gün grupla ile 7-15 gün ve 15 gün üstü gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). 2-7 gün kalan hasta grubunun ortalaması daha düşüktür. Hastaların kalış gün sayısı arttıkça ilk TISS 28 ve son TISS-28 değerleri de artmaktadır.

TARTIŞMA

Kliniğimizde günlük olarak hasta takip ve tedavisinde hemşireler tarafından TISS-28 hemşire bakım skoru sistemi doldurulmaktadır. Bu skoru, yoğun bakım ünitesinde hemşirelik iş yükünü gösteren bir skoru sistemi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada İstanbul ilinde üçüncü basamak olarak hizmet veren bir YBÜ'de 17 aylık bir süreçte TISS-28 skoru hesaplanmıştır. Bu bulgu literatürde bildirilen TISS-28 skorları ile uyumludur (5,8). Çalışmamızda hastaların yoğun bakım ünitesinde yatış gün sayısı arttıkça TISS-28 skoru da artış göstermektedir. Literatür incelememizde TISS-28 skorunun yoğun bakımda kalış süresi ile ilişkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat literatürde yoğun bakım hastalarında kullanılan hastalık şiddet skorları ile TISS-28 skoru arasındaki paralelliği gösteren çalışmalar bilinmektedir (8,9,10). Hastaların yatış süresinin uzaması, YBÜ mortalitesini arttırmaktadır. Çalışmamızda

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yüksek TISS-28 skoru ile ortaya konulan uzun süreli hemşirelik bakımı ile hastaların yatış sürelerinin arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda konu ile ilgili kaynaklar sınırlı olduğundan, bu konu ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Hasta takip ve tedavisinde TISS -28 skoru hastalık şiddeti ile korele olup hastanın yatış süresi uzadıkça skor artmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde etkin hemşirelik bakımının sağlanmasında TISS-28 skoru kullanılarak daha efektif iş dağılımının sağlanabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Vincent J-L, Moreno R. Clinical review: Scoring system in the critically ill. Critical Care 2010;14(207):1-9.
2. Keegan MT, Gajic O, Afessa B. Severity of illness scoring systems in the intensive care unit. Crit Care Med 2011;39(1):163-169.
3. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, et al. Therapeutic intervention scoring system : a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974;2:57-60 **Cross Ref**
4. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, et al. Therapeutic intervention scoring system : a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974;2:57-60 **Cross Ref**
5. Padilha KG, Sousa RM, Kimura M, et al. Nursing workload in intensive care units: a study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS28). Intensive Crit Care Nurs 2007;23:162-9. [CrossRef]
6. Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items-Results from a multi center study. Crit Care Med 1996; 24: 64-73. [CrossRef]
7. Şeker YT, Hergünsel O, Bostancı İ, Zeydan A. Utility of the Therapeutic Intervention Scoring System-28 to Predict Mortality in Intensive Care Units. [EJMO. 2018; 2\(1\): 35-39.](#)
8. Ergan B, Tokur ME, Çoban S, Tursunoğlu S, Ergün R, Ergün D, et al. Farklı Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire İş Yükünün Yoğun Bakım mortalitesi ile ilişkisi. Yoğun bakım Derg 2016;7:21-7
9. Elias AC, Tiemi M, Cardoso LT, et al. Application of the therapeutic intervention scoring system (TISS-28) at intensive care unit to evaluate the severity of the patient. Rev Lat Am Enfermagem 2006;14:324-9 **Cross Ref**
10. Lefering R, Zart M, Neugebauer EA. Retrospective evaluation of the simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) in a surgical intensive care unit. Intensive Care Med 2002;6:1794-802 **Cross Re**

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Ek 1. Terapötik Girişim Skorlama Sistemi (TISS-28)	Puan
Temel aktiviteler	
Standart monitörizasyon: saatlik vital bulgu, düzenli sıvı takibi ve kaydı	5
Laboratuvar: biyokimya ve mikrobiyolojik tetkikler	1
Tek ilaç uygulaması, herhangi bir yol (po, iv, im, vs)	2
Çoklu intravenöz ilaç uygulaması (puşe ya da sürekli infüzyon)	3
Düzenli giysi değişimi: bakım, dekübit bakımı, günlük giysi değişimi	1
Sık giysi değişimi (her şifitte en az bir kez) ve/veya ağır yara bakımı	1
Drenlerin takibi (gastrik tüp hariç tümü)	3
Kardiyovasküler destek	
Tek vazoaktif ilaç uygulaması (herhangi biri)	3
Çoklu vazoaktif ilaç uygulaması (tip ve doz önemsiz)	4
Ağır sıvı kayıplarında iv replasman (yaklaşık 5 lt/gün, verilen sıvı tipi önemsiz)	4
Periferik arteriyel kateter	5
Sol atriyum monitörizasyonu: pulmoner arter kateteri	8
Santral venöz kateter	2
Son 24 saat içerisinde kardiopulmoner resüsitasyon	3
Özel girişimler	
Bir kerelik özel girişimler (entübasyon, pacemaker takılması, kardiyoversiyon, endoskopiler, son 24 saat içerisinde acil cerrahi girişim, gastrik lavaj)	3
Çoklu özel girişimler (yukarıdakilerden en az ikisi)	5
YBÜ dışında yapılan girişimler: cerrahi ya da girişimsel	5
Solunum desteği	
Mekanik ventilasyon: PEEP destekli/desteksiz tüm asiste modlar, PEEP ile spontan solunum	5
Tamamlayıcı ventilasyon desteği: PEEP olmadan endotrakeal tüp ile spontan solunum, oksijen desteği	2
Yapay havayolu bakımı: endotrakeal tüp, trakeostomi	1
Akciğer fonksiyonlarını düzeltmeye yönelik tedavi: göğüs fizyoterapisi, spirometri, inhalasyon tedavisi, intratrakeal aspirasyon	1
Renal destek	
Hemofiltrasyon	3
İdrar çıkışı takibi	2

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Aktif diürez uygulaması (furosemid >1tb ya da 2 amp /gün)	3
Nörolojik destek	
İntrakraniyel basınç ölçümü	4
Metabolik destek	
Komplike metabolik asidoz/alkaloz tedavisi (pH<7,30 ya da >7,45)	4
İntravenöz hiperalimentasyon	3
Enteral besleme (tüp ya da diğer gastrik yollar-gastrostomi ile)	2
TOPLAM PUAN	



POSTER SUNUMLAR

POSTER BİLDİRİLER

P-01

Primer Beyin Tümörlü Hastanın Ameliyat Sonrası Konfor Kuramına Göre Değerlendirilmesi Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Gülay Öztürk ¹

Emel Yılmaz ²

Emel Arslan ¹

¹ S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

² Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

Giriş : Primer beyin tümörü (PBT); beyindeki hücre ve yapılardan köken alan tümörlerdir. Hastanın durumuna, tümörün tipine, yerine ve ulaşılabilirliğine bağlı olarak temel tedavi yöntemleri tek başına ya da kombine olarak kullanılabilir. Cerrahi tedavi; nörolojik bozukluk artmadan tüm tümör dokusunu çıkarmak ya da kısmi olarak çıkararak semptomları rahatlatmak amacıyla yapılmaktadır. Hastalar fiziksel, duygusal ve sosyokültürel olarak ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hemşirelik girişimlerinin temel amacı hastaların tıbbi bakım uygulamalarının yanı sıra konfor düzeyinin de artırılmasıdır. Bu yazıda PBT'li hastanın ameliyat sonrası dönemde Katharine Kolcaba'nın (2003) konfor kuramına göre hemşirelik bakımı anlatılmaktadır. Hastanın konfor düzeyi hemşirelik bakımı öncesi ve sonrasında Genel Konfor Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular : 60 yaşındaki kadın hasta 2018 Şubat ayında: konuşma bozukluğu, unutkanlık, denge kaybı ve kilo kaybı şikayetleri ile nöroşirurji polikliniğine başvurmuş nörolojik muayenesinde bilinç açık, dezoryante, fasial asimetri yok, IR +/-, yürüyüş sağa devide olarak değerlendirilmiştir. Çekilen Beyin MR'da sol sfenoid kanat menengiому saptanan hastaya ameliyat planlanmıştır. Hasta ameliyat sonrası 3 gün yoğun bakımda ve 5 gün de serviste takip edilerek şifa ile taburcu edilmiştir. Hastaya serebral doku perfüzyonunda bozulma, konforda bozulma(akut ağrı), bilinç düzeyinde değişiklik gibi hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bunlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Sonuç : Hastanın konfor düzeyi uygulanan hemşirelik bakımı ve tıbbi tedavi sonrasında genel konfor ölçeğine göre 1.62' den 3.18'e yükselmiştir.

P-02

Hemşirelik Öğrencilerinin El Hijyeni İle İlgili Tutum, İnanç Ve Uygulamalarının Değerlendirmesi

Adile TÜMER ¹

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, MUĞLA

Giriş : Giriş-Amaç: Hastane hizmetlerinde karşılaşılan önemli sorunlardan biri de “hastane enfeksiyonları”dır. Maruz kaldıkları terapötik ve diagnostik girişimler nedeni ile yoğun bakım ünitelerinde hastaların hastane enfeksiyon riski yüksektir. Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar gelmektedir. Gerek bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan, gerekse bu kişilerin elleri ya da eşyaları ile bir hastadan diğerine mekanik olarak taşınan bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır. Hastane çalışanlarının el hijyeni ve antisepsisi, tek başına hastane enfeksiyonlarının yayılımını önlemede kontrol edilebilir en önemli faktördür. Sağlık çalışanlarına yalnızca uyarıcı-tepki yaklaşımı ile kazanılmış davranışlar yerine bilişsel tutarlılık (doğru bilgi-doğru tutum-doğru davranış) temeline dayanan davranışların kazandırılması önemlidir. Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin el hijyeni ile ilgili tutum, inanç ve uygulamalara verdikleri önemin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Gereç ve Yöntem: Araştırmada veri toplamak amacıyla sosyo-demografik özellikleri ile el hijyeni tutum HHBS uygulama HHPI ve önemi ölçeği HHIS kullanıldı. Araştırma 572 öğrenci ile yapıldı. Veriler SPSS 22.0 paket programında yüzdelik ve ortalama, standart sapma, independent t testi ve ANOVA testi ile değerlendirildi.

Bulgular : Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %28.3’ü son sınıfta, %26.6’sı 3. sınıfta öğrenim görmektedir, %66.8’i kız ve öğrencilerin tamamının el hijyeni konusunda öğrenimleri sırasında eğitim aldıkları belirlendi. Öğrencilerin HHPI ölçeğinden alabilecekleri minimum 44, maksimum 180 puan olup, toplam puan ortalamaları 150.79±12.25, Cronbach Alpha katsayısı 0.850 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre HHPI toplam puan ortalamaları arasında ve HHIS toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p

Sonuç : Sonuç: El hijyeni hem öğrencilerin kendilerini hem de öğrenimleri sırasında ve daha sonra mesleklerini icra ederken hastalarını korumaları enfeksiyonların yayılımı açısından önemlidir. Bu nedenle el hijyeni uygulamaları ile ilgili aksaklıkların belirlenmesi, eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması, gerekli önlemlerin alınması ve öğrencilerin duyarlılıklarının artırılmasının yararlı olacağı kanaatine varıldı.

P-03

Yoğun Bakım Hemşiresinin Hasta Mahremiyetine Yaklaşımı

¹ Haliç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul 2 İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Giriş : Amaç: Yoğun bakım hastasının mahremiyetinde hemşire yaklaşımının önemini kavramak. Giriş: Mahremiyet hakkı, insan hakları içerisinde temel haklar arasında yer almaktadır. Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi sağlık hizmetlerinin sunumunda esas alınan önemli bir değerdir. Hasta mahremiyeti; hastalara ait gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bu

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

anlamda mahremiyet hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerin gizli olması gerektiğini

Bulgular : Hastalarda mahremiyeti korumak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin sorumluluklarının biridir. Yoğun bakım hemşirelerinin hastanın bedeni üzerinde yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetini sağlayacak tedbirleri alması ve hastayı hazırlama işlemleri sırasında mahremiyet esaslarına azami ölçüde dikkat etmesi gerekir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin uygulamalarda; hasta ve ailesinin haklarına, otonomilerine ve farklılıklarına saygı göstererek, yargılayıcı ve ayrımcı olmadan bakım sağlaması, hastanın yararına olan karar ve girişimleri etik ilkeler doğrultusunda belirleyerek bakım vermesi, hastanın mahremiyeti ve gizliliğini sağlaması çok önemlidir. Yoğun bakımlarda her hasta için ayrılan yeterli bir alanın seperasyon ile ayrılmış olması mahremiyet için son derece önemli olmaktadır. Mahremiyeti korumak için perde gibi materyallerin yeterli olması gerekir. Yoğun bakımın fiziki şartları konusunda sıkıntılar söz konusu olabilir. Yoğun bakım ünitesinin servis katında olmaması, bağımsız bir alanda tek kişilik, cam bölmeli, izole odalar şeklinde olması öneriler arasında yer almaktadır. Ayrıca, yoğun bakım ekibinin yeterli sayıda olması gereklidir. Hasta mahremiyeti kapsamında; hasta odasına girmeden önce kapıya vurmak, tıbbi kayıtlar, hijyen alışkanlıkları veya bozulmuş aile ilişkilerine ait bilgilerin de paylaşılmaması dikkate alınması gereken diğer noktalardan bazılarıdır

Sonuç : Sonuç: Hizmet içi ve oryantasyon eğitim programlarında hastaların mahremiyeti konusuna geniş yer verilerek hemşirelere özenli ve duyarlı davranışlar kazandırılması, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, yoğun bakım ünitelerinde uygun fiziki şartların ve insan gücünün sağlanması hasta mahremiyetinin korunması için önemli olabilir

P-04

Yoğun Bakımda Hasta Başı Eğitim Programı Ve Verimliliğin Değerlendirmesi

PINAR ILIKKAN ¹

BUKET ÖZGİRAY ¹

ÇİĞDEM GÜLER ¹

ZAFER ADIYAMAN ¹

ÖZLEM ECEMİŞ ¹

¹ Medicalpark İzmir Hastanesi

Giriş : Ülkemizde hemşireliğin branşlaşması sürecinin henüz oluşturulamamış olması nedeni ile standart hemşirelik eğitimi ötesine geçilememiştir. Halen sertifika programı dışında bir özel eğitimi olmayan yoğun bakım hemşirelerinin, daha nitelikli yetiştirilmesi, birimi öğreninceye kadar bir hasta güvenliği ihlalinin yaşanmaması için ayrıca bir destek eğitim verilmesi gerekliliği sonucu, kurumumuza ait eğitim programı geliştirilmiştir.

Bulgular : Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Üniteleri Standartları Genelgesinde yer alan ‘Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamaklarına Göre Asgari Standartları’ esas alınarak, hastanemize ait bir eğitim planlaması yapılmıştır. Buna göre öncelikli olarak yoğun bakım ünitesinin basamaklara göre tanımlaması, hasta özellikleri, yatak sayısı, hastanenin personel durumu, tıbbi cihaz ve donanım özellikleri ve diğer özellikler, yoğun bakımda asgari yapılması gereken işlemler tanımlanmıştır. Bu ayrıntılara göre hangi basamak eğitiminde hangi konuların anlatılacağı ve sonrasında yine hangi basamaklara göre hangi sorularla değerlendirme yapılacağı planlaması yapılmıştır. Eğitimler teorik, pratik ve sınav ile değerlendirme yapılarak

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

gerçekleşmektedir. Her tamamlanan basamak sonrasında hemşire arkadaşlar, o basamağa uygun hasta bakımında aktif olarak shift hemşire eşliğinde hasta bakmaya başlatılmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde kullanılan tüm cihazların kullanımı uygulamalı olarak her yeni başlayan yoğun bakım hemşiresine, biomedikal departmanından bir görevli tarafından gösterilmektedir. Yoğun bakım işleyişinin tüm ayrıntılarının özet, hatırlatma şekli ile bir 'Yoğun Bakım Cep Kitapçığı' oluşturulmuştur. Bu özellikli eğitimler sayesinde yoğun bakımda ilk defa çalışacak olan hemşire arkadaşların bu grup hasta profilinden kaynaklı korkularının önüne geçilmiştir ve buna bağlı çok yüksek olan turnover oranı ciddi anlamda düşürülmüştür. Bir çok eğitim kurumunda tam olarak verilemeyen eğitim eksikliği tamamlanmaya çalışılmış, hatta öğrencilik döneminde aktif hasta bakmadan mezun olmak durumunda kalan hemşire arkadaşların mesleki yetersizliği ortadan kaldırılmıştır

Sonuç : Yoğun bakımda ilk kez çalışacak olan hemşirelerin bu kadar önemli birimin işleyişini, kime denk gelirse rastgele bir açıklama ile değil bu iş için yeterlilik düzeyi onay görmüş ve sadece bu iş için çalışan bir sağlık profesyonelinden eğitim alması son derece olumlu sonuçlar getirmiştir. Kliniğin %52.7'sinde yapılan çalışmalarda %93.1 oranından başarı sağlanmıştır.

P-05

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışanlar İçin Ergonomik Tasarımın Önemi

Gülbahar Keskin ¹

¹ Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul

Giriş : Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde ergonomik tasarımın çalışanlar açısından önemini irdelemek.

Bulgular : Giriş: Çalışma ortamındaki, olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması ya da sınırlandırılmasına yönelik çabalar ergonomiyi ilgilendirmektedir. Ergonominin amacı; kaza ve yaralanmaları önlemek, insan vücudunun aşırı kullanımını, işe devamsızlığı, zaman kaybını, kaza ve rahatsızlıklara bağlı tazminatları en alt düzeye indirmek, verimliliği, kaliteyi, güvenliğini, konforu ve üretkenliği en üst düzeye çıkarmaktır. Yoğun bakımlarda ergonomik tasarım dikkate alındığında; maliyetlerin azalması, kalitenin yükseltilmesi, verimliliğin artması, daha iyi bir güvenlik kültürünün yaratılması gibi yararlar söz konusudur. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yatağa bağımlı ve bilinçsiz olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin büyük çoğunluğu çalışanlar tarafından yerine getirilmektedir. Ancak bu aktiviteler yerine getirilirken ergonomiden yararlanmak önemlidir. Ergonomik yaklaşımda sistem, insan-makine-çevre ilişkileri içinde düşünülür. En basit şekli ile sistem, insan ve onun kullandığı araç ya da gereç olarak düşünülebilir. Ergonomi, insan organizmasının özelliklerini araştırarak işin insana göre ayarlanmasını sağlar. Ergonomi, yöntemler geliştirilerek vücut işlevlerinin en uygun biçimde gerçekleştirilmesine çalışır. Ergonomik tasarlanmayan ünitelerde çalışanlarda kas ağrıları, bel ve sırt problemleri, ayak ve bacaklarda dolaşım bozuklukları görülebilir.

Sonuç : Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde çalışanların mesleki hastalıkların oluşumunda postur ve korunma prensiplerine dikkat edilmemesinin yanında ergonomik faktörlerin rolü büyüktür. Ergonomik tasarlanan yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar, fiziksel ve ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissedeceklerdir. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının azalması, fiziksel ve ruhsal hastalıkların yok edilmesi, verimin ve olumlu ilişkilerin artması ergonomik düzenlemeler ile mümkün olacaktır. Yöneticiler, çalışanların motivasyonu açısından ünitelerin ergonomik bir yapıda olmasına özen göstermelidirler.

P-06

Intensive Care Nurse's Approach To Patient Privacy

Gülbahar Keskin ¹

Meral Madenoğlu Kivanç ¹

¹ Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul

Giriş : The right to privacy is one of the fundamental rights in human rights. Respecting the privacy of the patient is an important value in the provision of health services. Patient confidentiality; refers to the state of confidentiality of the disease. In this sense, privacy includes the fact that the information about the patient's illness must be confidential, as well as the physical and mental confidentiality of the patient.

Bulgular : Protecting privacy in patients is one of the responsibilities of nurses working in the intensive care unit. Intensive care nurses should take precautions to ensure patient confidentiality in all practices performed on the patient's body and pay utmost attention to the principles of privacy during the patient preparation process. In nurses working in ICU; it is very important that the patient and his / her family respect the rights, autonomies and differences, provide judicial and non-discriminatory care, make decisions and initiatives for the benefit of the patient in accordance with ethical principles, maintain the patient's privacy and confidentiality. In intensive care units, separation of enough space for each patient by separation is extremely important for privacy. In order to protect privacy, curtain-like materials must be sufficient. The physical conditions of intensive care can be a problem. The fact that the intensive care unit is not on the service floor is among the suggestions that it should be a single room with an independent area, glass enclosed, isolated rooms

Sonuç : In-service and orientation training programs may be important for providing careful and sensitive behaviors by providing a wide range of patients' privacy, making necessary legal arrangements, providing appropriate physical conditions and human power in intensive care units to protect patient privacy.

P-07

Yenidoğan Bebeklerde Patojenik İndirekt Hiperbilirubinemilinin Değerlendirilmesi

SERKAN SUGEÇTİ ¹

MERVE ZIVALI ¹

¹ Altınbaş Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, İstanbul

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Giriş : Yenidoğan bebeklerde en sık görülen sorunlardan biri hiperbilirubinemidir. Bilirubin seviyesinde ki artış zamanında tedavi edilmezse bilirubin ensefalopatisine neden olabilir. Yenidoğan bebeklerde hiperbilirubinemili fizyolojik ve patolojik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. En sık görülen patojen hiperbilirubinemili; anne ve çocuk arasındaki ABO-Rh uyumsuzluğudur.

Bulgular : Gebeliklerin yaklaşık %20'sinde ABO uyumsuzluğu görülmektedir. ABO uyumsuzluğunun sonucu olarak hemoliz ve indirekt hiperbilirubinemi görülme olasılığı gebeliklerin %0,3-2 arasında bildirilmiştir. ABO uyumsuzluğu anti A veya anti B antikorlarının (IgM) plasentadan geçmemesi durumudur. Bu durumda hafif seyreden anemi ve yeni doğan sarılığı görülebilmektedir. Ayrıca; yenidoğan döneminde görülen indirekt hiperbilirubinemi; sepsis, üriner sistem enfeksiyonu, hipotiroidi, polistemi ve çeşitli enzim eksikliklerinden kaynaklıda olabilir.

Sonuç : Hiperbilirubineminin tehlikeli seviyeye ulaşmadan ve bebeklerde kalıcı hasar oluşturmaktan önlenmesi gereklidir. Bunun için klinik laboratuvarlarda, yenidoğan bebeklerin kan gruplarının, direct Coombs testleri ve enfeksiyon taramasının yapılması hiperbilirubineminin neden olduğu bazı hastalıkların (hipotiroidi, galaktozemi) önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

P-08

'Aile çocuk ile birlikte aile oluyorsa, ailesiz çocuk düşünülemez.' Pediatri Yoğun Bakım Hemşireleri Gözünden Aile Merkezli Bakım

Çiğdem ERDOĞAN ¹

Türkan TURAN ¹

Bakiye PINAR ¹

¹ Pamukkale Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Denizli

Giriş : Aile merkezli bakım, ailelerin görüşlerinin de sağlık profesyonellerinin görüşleri kadar önemli olduğunu vurgulamakta ve bakımın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesine dâhil edilmelerinin daha kaliteli bakım için gerekliliği üstünde durulmaktadır. Pediatri yoğun bakım üniteleri ailelerin sınırlı olarak var olabildikleri ve çocukları ile etkileşime girebildikleri alanlardır. Aile merkezli bakım, bu sınırlılıkları ortadan kaldırmak için önemli bir yere sahiptir. Bu çalışma, pediatri yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamaları konusundaki düşünceleri hakkında derinlemesine bilgi elde etmek amacı ile yapılmıştır. Çalışmada, katılımcıların düşüncelerini özgürce ifade etmelerine izin verdiği için ve derinlemesine bilgi etmek amacı ile nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler minimum 30, maksimum 60 dakika sürmüştür. Verilerin analizinde tematik içerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular : Verilerin analizi sonucunda farklı alt temaları olan iki ana tema ortaya çıkmıştır. Ana temalardan ilki hemşirelerin aile merkezli bakımları ile ilgili görüşlerini içermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin neredeyse tamamı Türk kültüründe yaygın olarak kabul gören 'aileyi aile yapan çocuktur ve çocuk ailesinden ayrı düşünülemez' görüşü üzerinde durmuşlardır. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören çocukların aileleri ile sınırlı etkileşimde bulunmaları, çocukları olumsuz etkilediği bu nedenle de aile merkezli bakımın çok önemli olduğu hemşireler tarafından sıklıkla vurgulanmıştır. İkinci ana tema ise aile merkezli bakım ile ilgili engelleri ve zorlukları içermektedir. Hemşireler yoğun bakım ortamında ailelerin yaptıkları bakımların gözlenmesi ve kontrol edilmesindeki zorlukları dile getirmiş, ayrıca eğitim verme sürecinin çok fazla zaman aldığını bildirmişlerdir. Ailelerin katılımının hemşirelerde sıklıkla korku, endişe ve zorlanmaya neden olduğu görülmüştür.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Sonuç : Çalışmada, hemşirelerin aile merkezli bakımın etkin bir şekilde sağlamasında zamana ihtiyaçları olduğunu ve onlara yardım edecek uzman hemşirelerin yetiştirilmesi gerektiğinin vurgusunu yapmışlardır.

P-09

Yoğun bakımda yatan hastalarda Basınç yaralarının tanısı, önlenmesi ve tedavisinin değerlendirilmesi

Merve ZIVALI¹

serkan SUGEÇTİ¹

¹ Altınbaş Üniversitesi, Anestezi Programı, İstanbul

Giriş : Bası yarası, deri ve derialtı yumuşak dokuda, vücuttaki kemik çıkıntı veya tıbbi olan olmayan bir cihazın teması sonrası, maruz kalınan basınçlara bağlı olarak alanın dolaşımını sağlayan kapillerlerin kapanması sonucu oluşan doku kaybına bağlı lezyonlardır. Özellikle yoğunbakımlarda uzun süre yatanlarda görülmekte olup; önemli sebepleri immobilizasyon, ödem, kaşeksi/obezite, sedasyon, kürar kullanımı ve beslenme yetersizliğidir. Bası yarası bireyin yaşam kalitesini etkilediği gibi, ciddi maliyetlere de yol açmaktadır. Hastaların hastanede kalış süresini artırmakta ve hastalık prognozunu olumsuz yönde etkileyerek septisemilere yol açarak, ölümlere sebebiyet verebilmektedir. Bası yarası, önlenabilir bir durumdur. İmmobilize hastalarda 2 saate bir pozisyon verilmesi, koruyucu kremlerin kullanılması, hastaların özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere jel pedlerin konulması ve hastaların antidekibüt yataklarda yatırılması koruyucu yöntemlerdir. Bası yaraları en sık kullanılan sınıflandırmaya göre 4 evrede tanımlanır.

Bulgular : 1.Evre: Deride ödem ve eritem olup, deri bütünlüğü bozulmamıştır. Koruyucu önlemler ile eritem geçer, tam iyileşme sağlanabilir. 2.Evre: Kısmi dermis kaybı olup, yara derin olmayan çukur şeklindedir. Klinik olarak derinin sıyrılması ya da içi serum dolu büller şeklinde gözlemlenir. Nedenler ortadan kaldırılır ve enfeksiyondan korunursa, yaranın büyüklüğüne ve olduğu bölgeye göre kendiliğinden ya da düzenli pansumanla iyileşir. 3.Evre: Tam doku kaybı vardır. Yara subkütan yağ görülürken, kemik ve tendon yapılar görülmez. Kemik, tendon ve kas dokuları etkilenmemiştir. Tedavisinde, nekrotik dokular debride edilir, enfeksiyon önlenir (pansuman, antibiyotik), hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır. Geniş lezyonlarda, yaranın kendiliğinden kapanması aylarca süreceği için cerrahi müdahale gerekebilir. 4.Evre: Kemik dokuyu da içine alan tam doku kaybı vardır. Tedavi, cerrahidir, radikal debritleme yapılmalıdır.

Sonuç : Sonuç olarak; Yoğunbakım hemşirelerinin bası yarası hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları, hastaların prognozunu olumlu yönde etkileyerek, tedavi sürelerinin kısalmasını; enfeksiyon oranlarının düşmesini; ilaç kullanımının, hastanelerde doluluk oranlarının ve ülke sağlık harcamalarının azalmasını; iş gücü kaybının önlenmesini sağlayacaktır. Böylece ülkemizde sağlık hizmetlerinin daha düzenli ve verimli şekilde sunulması imkanı oluşacaktır.

P-10

Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı

Tuğba - Çam ¹

Gülay Altun Uğraş ¹

¹ Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Mersin

Giriş : Dünya Sağlık Örgütü, kardiyovasküler hastalıkları (KVH), kalp ve damarlarda oluşan sorunlar nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar olarak tanımlamaktadır. KVH, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. Ciddi bir sorun olan KVH'ların tedavisinde cerrahi yöntemler önemli bir yer tutmaktadır. KVH'larda uygulanan cerrahi yöntemler koroner arter bypass greft, balon anjioplasti, kapak onarımı ve kapak replasmanı, kalpteki tümörlerin çıkarılması, kalp transplantasyonu olarak sıralanabilir. Cerrahi girişim sonrasında hastalar, kritik hastaların tedavi ve bakımlarının yapıldığı, modern cihazlar ile donatılmış yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatarlar. YBÜ'de tedavi ve bakımı yapılan hastalar, kardiyovasküler cerrahiyi (KVC) takiben ciddi sağlık sorunları yaşayabilmektedirler. Bu sorunlar; atrial fibrilasyon, pulmoner sorunlar, ağrı, kanama, inme, akut böbrek yetmezliği, enfeksiyon, gastrointestinal sorunlar, anksiyete, depresyon, deliryum, uyku bozuklukları olarak sıralanabilir.

Bulgular : Cerrahi girişim sonrası YBÜ'nde komplikasyon riski yüksek hastalarda, yaşanabilecek sorunların azaltılmasında, bireye özgü bakımın planlanması ve uygulanması önemli bir hemşirelik girişimidir. KVC sonrası YBÜ'nde hemşireler; kalp ritm sorunları açısından hastayı yakından izlemeli; pulmoner sorunların gelişmemesi için hastaya derin solunum-öksürük egzersizlerini öğretmeli ve kan gazı değerlerini izlemeli; ağrı yönetiminde hastanın ağrısını sorgulamalı, ilaçları düzenli uygulamalı; kanama riskini değerlendirmeli, göğüs tüpü ve yara yerinden kanama bulgularını izlemeli, kan basıncı ve kalp atım hızını monitorize etmeli; hastanın nörolojik tanılmasını yapmalı; akut böbrek yetmezliği açısından yüksek riskli hastaları belirlemeli ve idrar çıkışını izlemeli; yara yeri ve diğer alanlardaki enfeksiyon bulgularını gözlemeli; hastanın bağırsak seslerini dinlemeli, bulantı ve kusma açısından değerlendirmeli; anksiyete ve depresyonu önlenmede, çevresel stresörleri azaltmalı, hastaya psikolojik destek sağlamalı; deliryum riski olan hastaları belirlemeli, gerekli önlemleri almalı; hastanın uyku düzeni için uygun ortam yaratmalıdır.

Sonuç : Bu derlemenin amacı, KVC sonrası hastaların YBÜ'nde yaşadığı sorunları ve bu sorunlara yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerini irdelemektir.

P-11

Yoğun Bakımda Eksternal Ventrikül Drenaj Kateteri İlişkili Meninjitler

Keziban Şirin ¹

Eren Fatma Akçıl ²

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş : Beyin cerrahisi yoğun bakım hastalarında kraniyotomiler, nöromonitörizasyon teknikleri, eksternal ventrikül drenaj kateteri (EVDK), lomber drenaj kateteri ve ventriküloperitoneal şant uygulanması gibi invaziv işlemlerden sonra meninjit gelişebilmektedir. EVDK ile ilişkili meninjit oranları %1-45'tir. EVDK ilişkili meninjitin morbidite ve mortalitesi yüksektir. Dirençli mikroorganizmaların etken olması nedeniyle de tedavisi zor bir süreçtir . Bu nedenle önlemek için EVDK takılması ve bakımı gibi prosedürler konusunda çeşitli protokoller oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı Ocak 2012- Ağustos 2018 tarihleri arasında beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesinde EVDK ilişkili meninjit gelişen hastaları ve kliniğimizde uygulanan EVDK uygulanması ve bakımı konusundaki yaklaşımı sunmaktır. Bu çalışmada Ocak 2012- Ağustos 2018 tarihleri arasında beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesinde EVDK ilişkili meninjit gelişen 13 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular : Meninjit gelişen olguların %81.25'i EVDK ile ilişkili bulundu.

Sonuç : Yoğun bakımda eksternal ventrikül drenaj kateteri bulunan hastalarda yüksek ateş ve bilinç değişikliği geliştiğinde nozokomiyal meninjitten şüphelenilmelidir. Her kliniğin eksternal drenaj kateteri takılması ve bakımı konusunda protokolleri bulunmalıdır.

P-12

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Muayene Yöntemlerini Kullanma Durumu

Ayşegül Korkmaz Doğdu ¹

Emine Kol ¹

¹ Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik, Antalya

Giriş : Giriş: Klinik uzmanlık alanı olan yoğun bakım ortamları kritik hastalığı olan, yüksek risk altındaki hastaların invaziv ve noninvaziv yöntemlerle izlendiği, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği ve en son teknoloji kullanılarak tedavi edildiği

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

alanlardır. Tarihsel süreçte yoğun bakım kliniklerinin açılması ile uzmanlaşmış değerlendirme becerisine sahip hemşirelere olan gereksinim artmış, hemşirelerden hastaların sorun odaklı hızlı değerlendirmesinin yapılması beklenmiştir.

Bulgular : Fiziksel Muayene Yöntemleri: Fiziksel muayene yöntemleri hasta ile ilgili objektif verileri toplama süreci ve inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon yöntemleri kullanılarak hastaların gözlemlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Etkin kullanılan fiziksel muayene yöntemleri yoğun bakım hemşirelerinin hastanın klinik durumuna yönelik değişiklikleri erken dönemde fark etmesini sağlamaktadır. Örneğin; pupillerin inspeksiyonu ile artmış kafa içi basıncı ya da kranial sinir hasarının belirtisi fark edilebilmekte, kalbin oskültasyonu ile hasta kalp yetmezliği gelişmeden önce tanımlanabilmekte ya da akciğerlerin oskültasyonu ile sekresyon varlığı belirlenebilmektedir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Muayene Yöntemlerini Kullanma Durumu: Yapılan araştırmalarda yoğun bakım ortamlarında farklı kliniklere göre fiziksel muayene yöntemlerinin büyük oranda kullanıldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin her shiftte en az bir kez hastanın kapsamlı fiziksel muayenesini yaptıklarını bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmada yoğun bakım ortamında ve bakım evinde çalışan hemşirelerin dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelere göre fiziksel muayene yöntemlerinin neredeyse tamamını kullandıklarını belirlemişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşireleri arasında fiziksel muayene yöntemlerini bilme ve uygulama sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç : Sonuç: Hemşireler yoğun bakım ortamında sağlık durumu kritik olan hastaların hızlı izleminde ve kötüye giden klinik durumların erken dönemde fark edilebilmesinde etkin rol oynamaktadır. Yoğun bakım ortamında çalışan hemşireler farklı bölümlerde çalışan hemşirelere göre çoğunlukla fiziksel muayene yöntemlerini kullanmaktadır.

P-13

Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit

Ebru Kiraner ¹

Nurten Hacıoğlu ¹

Berrin Tunalı ¹

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş : İdrar ya da dışkı temasına bağlı deri hasarı olarak tanımlanan inkontinans dermatiti 2007 yılında Küresel İAD Uzman Paneli tarafından “ İnkontinans Alakalı Dermatit” olarak adlandırılmıştır. İAD, perineal dermatit, bez pişigi, iritan dermatit gibi birçok farklı isimle de bilinmektedir. Nem (ıslaklık) ile ilişkili olan bir deri hasarı söz konusudur. İnkontinansı olan kritik hastalarda İAD önemli bir sorundur. Çalışmamız 3. Düzey bir yoğun bakımda bir yıl boyunca yatan hastalarda İAD görülme sıklığını ve risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bulgular : İAD başlangıçta pembeden kırmızıya doğru değişen eritem olarak görünür. Hastalar etkilenen bölgede genellikle yanma , ağrı ve kaşıntı hissederler. İdrar ve /veya feçes ile temas derecesine bağlı olarak perinenin çok ötesine uzanabilir. Kimyasal, fiziksel iritasyon ile derinin aşırı hidrasyonu ve pH daki artış bariyeri bozar. Feçes stratum korneum’a zarar verebilecek lipid sindirici ve protein sindirici enzimler içerir. Özellikle sıvı feçes İAD riskini ve şiddetini artırır. Çalışmalarda İAD prevalansının % 5,6 -%50, insidansının ise %3,4- %25 olduğu tahmin edilmektedir. 2017 yılında ünitemizde yatmış olan 963 hastanın 21’inde (% 2,2) İAD tespit edilmiştir. Çalışmada İAD tespit edilen 21 hastanın 19’unda diyare epizotları olduğu görülmüştür. Klinisyenler için İAD’yi basınç yaralarından ayırt etmek oldukça zordur. Hasta değerlendirmelerini bu konuda eğitim almış 2 klinik sorumlu hemşiresi gerçekleştirmiştir. Ünitemizde vücut bakımlarında ; İAD’yi önlediği ve /veya tedavi ettiği klinik olarak kanıtlanmış, deri pHsına uygun, hipoallerjenik, saydam, deriyi gözlemlemek için kolaylıkla temizlenebilir, temizlemesi kolay ve rahat, kullanılan diğer ürünler ile geçimli temizlik mendilleri ve bariyer film kullanılmaktadır. İnkontinans epizotundan sonra standart sabun, su ve normal bir lif kullanımı uygun değildir. İnkontinansı olan hastaların

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

derisi en az günde bir kez ve her fekal inkontinans epizodundan sonra temizlenmelidir. Derinin temizlenmesinin ardından nazikçe kurulanması önem arz eder. Temizlemenin ardından deri koruyucular (bariyer krem) tatbik edilir.

Sonuç : Kritik hastalarda İAD yönünden hastanın cildinin hergün değerlendirilmesi, yapılandırılmış bir deri bakımı önemlidir.

P-14

Uyanma Odası Hastalarında Beklenmeyen Sorunlar ve Sonuçlar

Gönül Sezgen ¹

Ayşen Yavru ¹

Nüket Sivriköz ¹

Neslihan Vahapoğlu ¹

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş : Post-op dönemde genellikle hastalarda ağrı , anestezi ajanlardan dolayı uyku hali ve hipotermi görülür. Bu sorunlar derlenip hasta servise transfer edilir. Çalışmada derlenme ünitemizde sıklıkla karşılaştığımız sorunlar olan ağrı, uyku hali ve hipotermi dışında kalan beklenmeyen sorunları araştırdık. Amacımız; uyanma odasına gelen hastalarda beklenmeyen sorunları ve sıklığını belirlemek, sorunların nedenlerini ortaya koyarak, operasyon öncesi alınabilecek önlemleri tespit edip, hastaların daha konforlu bir post-op dönem geçirmelerini sağlamaktır.

Bulgular : Çalışma Etik Kurul Onayı alınmasının ardından, ünitemize gelen 3000 hasta ile yapılmıştır. Uyanma odasındaki izlemleri sırasında müdahale edilen hastalara veri toplama formu doldurulmuştur. Veriler SPSS 21.0 programında sıklık ve yüzde testleri ile analiz edilmiştir. 3000 hastanın tamamı incelenmiş 225 hastada (% 7,5) beklenmedik sorun çıkmış ve müdahale edilmiştir. Müdahale edilen hastaların ASA puanlarına bakıldığında; % 63'ünün 2, %32'sinin 3, % 4'ünün 1 ve %1'nin de 4 olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan sorunlar; hipertansiyon (%10), hipotansiyon (%2), desatürasyon (%47), aritmi (%5), kanam (%4) ve hastaların %32'sinde de birden fazla sorun ortaya çıkmıştır. Sorun çıkan hastaların operasyon bölgelerine bakıldığında; batin (%50), baş/boyun (%16), göğüs (%12), geniteal (%14) ve diğer (%8) bölge operasyonları olduğu belirlenmiştir. En sık yapılan girişim hastalara bronkodilatör ilaç uygulanmasıdır (%84). Bunu (%48) ile triflow uygulaması takip etmiştir. Hastaların %82'si sorunsuz servise, %9'u takip önerisiyle servise, %5'i reanimasyona , %2'si mönitörize yatağa, %2'si diğer (doğumhane gibi) birimlere gönderilmiştir. Batin operasyonu geçiren ve büyük insizyonları olan hastalarda post-op dönemde daha sık sorunlar yaşanmaktadır.

Sonuç : Ünitemize gelen hastaların %8'i çok yakın takip ve hemşirelik girişimleri gerektirmektedir. Hastalara operasyon öncesi solunum egzersizleri ve triflow çalışmayı öğretmenin, uyanma odasında kalış süresini azaltacağı, hasta konforunu arttıracığı düşünülmektedir. Diğer bir taraftan hipertansiyon sorunu yaşayan hastaların pre-op aç kalması gerektiğinden dolayı sürekli kullandıkları ilaçları almamaları post-op takiplerinde hipertansiyon yaşanmasına neden olmaktadır. Oysa hemşire gözetiminde az su ile alınan ilacın bu problemi ciddi düzeyde azaltacağı düşünülmektedir.

P-15

Postoperatif Dönemde Başarılı Ağrı Yönetimi

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

Ümit Çınar¹

Dinçer Sağlıker¹

Cansu Çınar¹

Ebru Kıraner¹

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ABD, İstanbul

Giriş : Postoperatif ağrı cerrahi travma ile başlayan ve dokunun iyileşmesi ile giderek azalan bir akut ağrıdır. Postoperatif dönemde akut ağrı ile birlikte birçok fizyolojik yanıt gelişir. Bu açıdan bakıldığında ağrının giderilmesi metabolik ve endokrin stres yanıtın azaltılması, tromboembolik komplikasyonların azaltılması, kognitif fonksiyonların korunması, mobilizasyon ve rehabilitasyon süresinin azaltılması, hastane kalış süresinin ve maliyetin azaltılması, kronik ağrı gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir. Ağrı algısı yaş, gelişim dönemleri, önceki ağrı deneyimleri ve diğer çevresel faktörlerle ilişkilidir. Postoperatif ağrı farklı farmakolojik ve nonfarmakolojik tekniklerle azaltılabilir. Bu araştırma, ünitemizde ağrı yönetiminde uygulanan hemşirelik girişimlerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Veriler, 15 Nisan 2018 ve 15 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmış olup, örnekleme, Uyanma Odasında takip edilen, ameliyat süresi 60 dakikadan uzun olan, bilgilendirilmiş onamı alınan 150 hasta oluşturmuştur. Hastaların postoperatif dönemde uyanma odasına giriş ağrı skorları numerik skala ile kayıt edilmiş, ağrısı olan hastalara uygun hemşirelik girişimleri yapılmış ve yeniden ağrı değerlendirilmiş en son olarak da uyanma ünitesini terk ederken ki ağrı skoru değerlendirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ışığında uzman görüşü alınarak hazırlanmış olan “ Veri Toplama Formu” aracılığıyla toplanmış, araştırma sonuçları SPSS 21.0 paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular : Çalışmamıza katılan hastaların %62’si kadın, %20’si 18-25 yaş aralığındadır. Uyanma odasındaki ilk ağrı değerlendirmelerinde hastaların %23’ünde Numerik Skala’ya göre ağrı puanı 4 (0-10 puan aralığında) olarak belirlenmiştir. Hastaların %53’üne ağrı değerlendirmesi sonucu analjezik tedavi uygulanmıştır. Hastaların % 6’sına pozisyon verilmiş (harekete yardım etme), %35 ile terapotik iletişim kurulmuş (gevşeme teknikleri öğretilmiş) ve hastaların %70’i yaşam bulguları açısından yakından takip edilmiştir. Çalışma sonucunda yapılan ameliyatın süresi ve çıkış ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar (p

Sonuç : Postoperatif ağrıyı yönetmede, pre-op dönemde hastanın iyi hazırlanması, ağrı monitörizasyonu ve uygun hemşirelik girişimlerinin gerçekleştirilmesi önem arz eder. Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı etkili bulunmuştur. Araştırmanın daha genellenebilen sonuçlar için devamı planlanmaktadır.

P-16

Klorheksidinli Banyo Uygulaması

Ömer Doğanay¹

Duygu Gündöndü Kars¹

Ebru Kıraner¹

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş : Dirençli bakteriler ile oluşan sağlık hizmeti ile ilişkili infeksiyonlar; artmış mortalite, morbidite, bakım maliyeti ve daha uzun süre hastanede kalma ile ilişkili bulunmuştur. MRSA ve VRE gibi dirençli bakterilerle kolonizasyon yatan hastalarda

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

enfeksiyon gelişme riskini artırır. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın düzenli cilt temizliğinde CHG ile tüm vücut banyosu veya duşunun, diğer hastalardan bakterilerin horizontal bulaşını engellediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. CHG; Gram(-) ve gram (+) bakterilere etkili geniş spektrumlu antimikrobiyal bir ajandır. 1970 yılından bu yana başarılı bir şekilde cilt antiseptiği olarak kullanılmaktadır. CHG solüsyon olarak temiz bir mendil tarafından doğrudan uygulanabilir veya sabun ve jellerin içerisinde katkı maddesi olarak kullanılır. Son yıllarda hazır paketlenmiş CHG emdirilmiş lifler yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bulgular : 2006 -2011 yılları arasında yayınlanmış 16 çalışma ve 4 konferans özeti CHG emdirilmiş durulama gerektirmeyen cilt temizleyicilerinin etkilerinin araştırıldığı çalışmalar incelenmiş durulama gerektirmeyen CHG emdirilmiş cilt temizleyicilerinin kullanımı anlamlı derecede; santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, VRE ve MRSA kolonizasyonunu azalttığı bulunmuştur. Acinetobacter enfeksiyonlarında değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Borera ve ark. %4 CHG ile vücut banyosunun A.baumanii kolonizasyonu ve neden olduğu kan dolaşımı enfeksiyonları üzerindeki etkisini araştırmış. 320 hastada, %17'sinde YBÜ yatış anında kolonizasyon saptanmış, günlük CHG banyosu sonrası kolonizasyon, 1. gün %5.5 ve 2.gün %1'e düşmüştür. Yoğun bakım ünitesinde CHG ile su ve sabun banyo uygulamasının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada primer kan dolaşımı enfeksiyonları CHG grubunda anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Altı YBÜ de yapılan çok merkezli çalışmada CHG ile su ve sabun banyosu karşılaştırılmış MRSA %32 ve VRE %50 CHG lehine azalma tespit edilmiş, yazarlar CHG ile banyo uygulamasının kolay ve maliyet-etkin olduğunu vurgulamışlardır.

Sonuç : Birçok çalışma YBÜ'de rutin klorheksidin banyosunun etkilerini değerlendirmiştir. Bazı çalışmalarda MRSA ve diğer patojenlerde önemli azalmalar tespit edilebilmiştir. Ancak direnç gelişimi söz konusu olabilmekte ve uygulamanın başarısızlığına yol açabilmektedir. Bu nedenle uygulamayı yapan ünitelerde klorheksidine direncin takibi gereklidir.

P-17

Yoğun Bakımda Hasta Değerlendirme ve İzlemi; Teknoloji, Fiziksel Muayeneyi Etkiledi mi?

Fatma DURSUN ERGEZEN ¹

Ayşegül KORKMAZ DOĞDU ¹

Emine KOL ¹

¹ Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik, Antalya

Giriş : Yoğun bakım üniteleri, hastalara yaşam desteği sağlayan, yüksek teknolojik cihazların kullanıldığı, hastaların sürekli izlem ve değerlendirmenin yapıldığı özelleşmiş alanlardır. İleri teknolojilerin kullanıldığı karmaşık bir ortamda hemşireler, hasta değerlendirmesi ve izleminde daha objektif olduğunu düşündükleri teknolojik cihazları tercih etmektedirler. Oysa sağlığın değerlendirilmesi ve hasta izleminde hastanın fizik muayenesi ile birlikte teknolojik cihazların kullanımı hata payının en düşük olduğu ve en doğru kararların verileceği bir yöntem olmalıdır. Bu makalede hemşirelerin teknoloji ya da fiziksel muayene ile hasta değerlendirmesi ve izlemi ile ilgili durum tartışılmıştır.

Bulgular : Teknoloji kullanımı: Yoğun bakım ünitelerinde hasta değerlendirmesi ve izleminde teknolojik cihazların kullanımı oldukça yaygındır. Literatürde hastanın hayati parametrelerinin izlemi ve değerlendirmesi amacı ile teknolojinin doğru, zamanında ve amaçlı kullanımının bakımın kalitesini, hasta güvenliğini, hemşirenin otonomisini ve güvenini artırdığı; yanı sıra cihazların kullanımı ve elde edilen bilgilerin doğruluğu ile ilgili birtakım sorunların yaşandığı belirtilmektedir. Özellikle teknolojik cihazların kullanımına ilişkin bilgi eksikliği, cihazlardan elde edilen bilgilerin tam ve doğru olarak

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

yorumlanamaması, cihaz ayarlarının uygun şekilde yapılmaması ve cihazların etkili şekilde yönetilememesi önemli ölçüm hatalarına, hatta ölümcül olabilecek yanlış kararlara neden olmaktadır. Fiziksel muayene kullanımı: Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin fiziksel muayene ile değerlendirdikleri bulgular çoğunlukla vücut sıcaklığı, nabız, solunum, kan basıncı, boy ve kilo ölçümü ile sınırlıdır. Sadece yaşam bulgularını kapsayan bu bulguların teknolojik izlem cihazları ile daha hızlı ve kolay ölçümü hemşireleri teknoloji kullanımına yöneltmektedir. Üstelik giderek artan bu eğilim hastanın durumu stabilize olduktan sonra bile hastanın izlem cihazlarına bağımlı kalmasına neden olmaktadır. Literatürde yoğun bakım ünitelerinde fiziksel muayene yöntemlerinin daha az sıklıkla uygulandığı, uygulamaların ise amaçsız ve özensiz olduğu belirtilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin fiziksel muayene uygulama becerisini inceleyen bir araştırmada, hemşirelerin yalnızca %11.4'ünün fizik muayeneyi doğru şekilde yapabildiği ve %11.2'sinin muayene sonucunu doğru yorumlayabildiği tespit edilmiştir.

Sonuç : Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde hastayı değerlendirmek için tam anlamıyla teknolojinin ve fizik muayene yöntemlerinin kullanılmadığı açıkça görülmektedir.

P-18

Tıbbi Araca Bağlı Basınç Yarası

Dincer Sagliker¹

Ebru Kiraner¹

Duygu Kars¹

Berrin Tunalı¹

Nurten Hacıoğlu¹

¹ istanbul üniversitesi

Giriş : Basınç yarası, basınç yada yırtılma ile basıncın bir arada neden olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır . Tıbbi Araca Bağlı Basınç Yarası ise; nazal kanül, oksijen maskesi, tüpler veya tespitler gibi çeşitli araçların basınca neden olmasıyla ortaya çıkan ve kullanılan aracın şeklini alan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır. Yoğun bakım üniteleri kritik hastaların sürekli takibinin yapıldığı, invaziv ve noninvaziv araç gereçlerin diğer birimlere göre çok daha sık kullanıldığı birimlerdir

Bulgular : Araştırmaya katılan hastaların %52.3 ü kadın ve %45.5 i 65 yaş üstü hastalardan oluşmaktadır. Klinik tanıları %27.3 dahili hastalıklar, %22,7 cerrahi operasyon sonrası gelen hastalıklardır.Hastaların %79.5 inde herhangi bir enfeksiyon vardır. Hastaların %68.2 si ihtiyacından az beslenmiştir. Hastaların %65.9 unda Tıbbi araç gerece bağlı basınç ülseri vardır. Oluştugu bölgeye bakılırsa ilk sırayı entübasyon tüpü ve tespiti %27.3 ile alırken hasta altı bağlama bezi %13.6 ile ikinci sıradadır. TABBÜ ile enfeksiyon varlığı ve TABBÜ braden düşüklüğü arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur p>0,05

Sonuç : TABBÜ yoğun bakımdaki hastalarda gözden kaçırılmayacak hale getirilebilir. Hastaların rutin pozisyon takibinin yanına tabbü şemaları oluşturularak hastaların basınç ülserinden korunması sağlanabilir. Daha fazla sayıda hasta ile bu araştırmanın yeniden yapılması daha genellenebilen sonuçların elde edilmesi planlanmaktadır.

P-19

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Klinik Alarm Yorgunluğu ve Çalışanlar Üzerindeki Etkileri

feryal iflazoğlu¹

¹ ege üniversitesi hastanesi kardiyoloji AD izmir

Giriş : Çalışma ortamındaki negatif ya da pozitif durumların insan sağlığı üzerine olan direkt etkilerinin ciddiyeti bilinmektedir. Ama neyin ne kadar önemsenip önemsenmediği, biz sağlık profesyonellerinin mesleklerine ve insan olgusuna ne kadar önem verip vermediğimizin kriterini oluşturmaktadır. Hiçbir meslekte olmadığı denli multidisipliner kesintisiz hizmet ve çalışma saatlerinin uzunluğu ile önemli risk altında çalışan hemşirelik mesleğinin YB'ların bugününde teknolojinin de ilerlemesi ile bu risklere bir de gürültü kirliliğinin yarattığı nedenlerin eklenmiş olması, sağlık profesyonellerinin geleceğine yönelik ciddi handikapları beraberinde taşımaktadır. Db'i düşük bile olsa, kesintisiz olarak düzenli monitör, ventilatör, perfüzör diyaliz, enteral vb. cihaz alarmları yoluyla gürültüye maruz kalan YBÜ hemşirelerinin: Zaman içinde işitme kaybına neden olduğu ve bunun akustik zedelenme ya da travma dönüştüğü, işitme kaybı sinirsel tipte bir kayıp olduğundan dolayı tedavisi mümkün olmadığı, Gürültüye ters orantılı olarak dikkatin yoğunlaşmayı gerektirdiği için de aşırı güç kullanımı magnezyumun azalmasına neden olduğu, Sinir sistemine yönelik provakasyon sonucu doğan huzursuzluk, uykusuzluk hali, sağlıklı uyuyamama, konsantrasyon bozuklukları, bellek ile ilgili problemlerin doğmasına ve kortizol-epinefrin düzeylerin etkilenmesiyle de stresin akut-kronik hale gelmesine neden olduğu için uyku bozukluklarına yol açtığı, Kan şekeri düşmesi ve bağışıklık sisteminin değişimlere uğramasının da buna bağlı olduğu, Manidepresife kadar varabilecek davranış bozukluklarına bağlı agresifleşme ve karakterde değişiklik ile kardiyovasküler sistemi etkilemesiyle buna bağlı olarak birçok geri dönülemez sağlık problemlerinin ortaya çıktığı görülmektedir. Uluslararası Af Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre, bu tip düzenli "bip" seslerinin sinir sistemini tahrip etmek amacıyla işkence yöntemi olarak kullanıldığı-kalıcı hasarların oluşmasına neden olduğunun altı çizilmektedir. Hemşirelerin sağlığı-güvenliği koşullarının sağlanmadığı ortamda, kaliteli bir hizmetin ve hastaların tedavilerindeki başarı oranının oldukça düşmüş olduğunu yapılan incelemelerde de görmekteyiz.

Sonuç : minimum personel ile maximum performans ve kötü çalışma koşulları ile süper başarı gibi polyanacılık teorileri yaratmak yerine, YBÜ'nin başarısı için, çalışma koşullarının her etabında hemşirelerin sağlıklı bir yaşama sahip olabilecekleri olanakların maksimumuna sahip olmaları için engelleri ortadan kaldırmak etik durumumuz olması gerekir.

P-21

Parenteral Beslenmede Hemşirenin Rolü Ve Kanıt Temelli Hemşirelik Girişimleri

Yasemin Özkan¹

Hatice Ayhan²

Emine İyigün²

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Ankara

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ankara

Giriş : Parenteral beslenme, nutrisyon desteği gereken durumlarda, gastrointestinal kanalın anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu enteral nütrisyonun yapılamadığında, hasta için gerekli besin öğelerinin tamamının veya bir kısmının damar yoluyla verilmesidir. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın mekanik ventilatöre bağlı olması, enteral beslenmeyi tolere edememesi ya da ek beslenmeye ihtiyaç duyulması gibi nedenlerle parenteral beslenme tercih edilmektedir.

Bulgular : Parenteral beslenme teorik ve pratik bilgi isteyen, uygulamasının ve komplikasyon takibinin hemşireler tarafından yapıldığı beslenme yöntemidir. Kullanılan solüsyonlar özelliklerine göre (ozmolaritesi, pH'ı) periferik ve santral olarak iki farklı yoldan verilmektedir. Periferik yoldan 7-10 gün süre ile beslenme sağlanırken santral yoldan daha uzun süreli beslenme sağlanmaktadır. Bu süreçte kateter bakımı ve enfeksiyon önlenmesine dikkat edilmelidir. Hemşirenin rol aldığı diğer önemli bir konu da solüsyonun takibi ve güvenliğidir. Günümüzde hepsi bir arada (all in one) solüsyonlar kullanılmaktadır. Klinik saklama koşulları, son kullanma tarihlerinin kontrolü ve solüsyonun aseptik tekniklere uygun takılması hemşirenin sorumluluğundadır. Kanıt temelli uygulamalara bakıldığında; parenteral beslenme yapılan katater yolundan ilaç uygulaması yapılmamalı ve kan alınmamalıdır. Solüsyon içerisine ilaç karıştırılmamalıdır. Hastanın vital bulguları ve kan glikoz düzeyleri sık aralıklarla takip edilmeli, komplikasyon belirtileri ve bulguları yönünden hasta izlenmelidir.

Sonuç : Sonuç olarak, parenteral beslenme uygulamaları dikkat gerektiren hemşirelik girişimlerindendir. Kanıt temelli uygulamalar ile hasta güvenliği artırılmaktadır.

P-22

Düşmeyen Ateş Etiyolojisinde Dren Varlığı: Olgu Sunumu

FADİME KOYUNCU ¹

HATİCE AYHAN ¹

EMİNE İYİĞÜN ¹

RAHMAN ŞENOCAK ¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma hastanesi, Genel Cerrahi A.D, ANKARA

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hem.A.D

Giriş : Vücut sıcaklığının > 38.3 OC olması olarak tanımlanan postoperatif ateş, ameliyat sonrası en sık karşılaşılan morbiditelerden biridir. Bu olgu sunumunda, solunumsal kaynaklı olduğu düşünülen düşürülemeyen postoperatif ateş etiyolojisinde hemşirenin dikkat çektiği dren varlığı tartışılmıştır.

Bulgular : 31 yaşında erkek hasta, ateşli silah yaralanması sonucu dış merkezde acil ameliyata alınarak, kolesistektomi,

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

şarapnel giriş yerinde debridman ve primer fasya tamiri yapılmıştır. Cerrahi yoğun bakımda takip edilen hasta postoperatif 4.günde tekrar operasyona alınmış, enfekte dokular debride edilmiş, tüm drenler çıkarılmış, kolon tamiri yapılan yer tekrar takviye edilmiş, olası kaçağı görmek için subhepatik alana tekrar dren yerleştirilmiş ve hastaya abdominal vakum yardımcı kapama ile geçici karın kapama uygulanmıştır. Hastanın postoperatif 15.güne kadar titreme olmaksızın hipertermisi olmuştur. Hastadan alınan tekrarlı kan ve idrar kültürlerinde bakteri izole edilmemiştir. Torakoabdominal tomografi ile görüntülemelerde apse koleksiyonu saptanmamıştır. Aldığı çıkardığı dengede olan hastada dehidratasyon bulguları da görülmemiştir. Ateşinin sıvı birikimine bağlı olduğu düşünülerek torasentez yapılmıştır. Antibiyoterapisi piperasilin-tazobaktam 3x4.5 gr ve teikoplanin 1x400 mg'dır. Ateşe yönelik olarak ayrıca ateş takibi, soğuk uygulama yapılmış, triflo ile etkin bir şekilde derin solunum egzersizleri yaptırılmış, hekim istemine göre antipiretik infüzyonu ile ateşin kontrolü geçici sürelerle sürdürülmüştür. Bu süreçte hastanın VAK pansumanı çıkarılmıştır. Postoperatif ateşin hala devam ediyor olması üzerine, yoğun bakım hemşirelerinin hastanın suphepatik alandaki, az miktarda, serohemorajik ve kısmen pürülan gelen drenlerinden kültür alınmasını önermeleriyle alınan kültürde, Enterobacter cloacae izole edilmiştir. Antibiyogram sonucunda, bu mikroorganizmanın hastanın mevcut antibiyotiklerine karşı dirençli olması üzerine antibiyotik tedavisi değiştirilerek meropenem 3X1gr IV infüzyonu başlanmıştır. Hastanın dreni çekilmiştir. Tedaviyi takiben hastanın vücut sıcaklığı normal sınırlarda sürdürülmüştür.

Sonuç : Uzun tutulan drenlerde retrograd olarak enfeksiyon da oluşabilmektedir. Bu tarz hastalarda başlangıçta ateşin oluşması yapılan operasyona, nekrotik dokuların debridmanına bağlanabilirken, cerrahi komplikasyon oluşturmamış ve tüm tedavilere rağmen devam eden ateş etyolojisi, drenlerin kontaminasyonu ile açıklanabilir.

P-23

Bibliometric Analysis Of The Delirium-Related Research In Intensive Care Unit

Ilknur CALISKAN ¹

Fatma DEMİR KORKMAZ ²

¹ Istanbul Okan University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Istanbul

² Ege University Faculty of Nursing, Surgical Nursing Department, Izmir

Introduction : Delirium is an acute, reversible and fluctuating central nervous system dysfunction with an organic cause and high prevalence seen in intensive care unit patients. Intensive care unit nurses have an important role in reducing delirium's negative outcomes and delirium experience in patients. For this reason, it is aimed to investigate nursing studies related to delirium in intensive care unit which are cited by the researchers and characteristics of these studies. This study is a bibliometric, descriptive analytic type. The data of this study were obtained by scanning the international reference databases in Scopus, which was published between 2000 and 2018, on 1-2 September 2018. " Delirium in intensive care patients and nursing" keyword was used in obtaining data. Articles that reviews, editorials, editorial letters, case presentations, and notes were not included in the study.

Result : As a result of this study, 78 article has been cited about nursing. It was determined that one of these articles was published in the open access journal. It was found that the most cited articles published at most in 2016, at least in 2001 and 2004. According to the citation, it was determined cited articles published in most nursing journals and cited articles are mostly published in the Intensive and Critical Care Nursing journal. When the research types of the cited studies were examined, it was found that they were the most descriptive and least interventional studies. It was found that the most cited article was 86 times cited and at least cited article was 1 time cited. It was determined that the most cited article was a

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

descriptive type work published in 2008.

Conclusion : In this study, it was concluded that published articles about delirium in the intensive care unit were descriptive type mostly and more research in other types articles were needed.

P-25

Yoğun Bakım Hemşireliği ve Manevi Doyum

Emine Kol 1

İlkay Boz 1

1 Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD, Antalya

2 Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Antalya

Giriş : Genelde manevilik, yaşamın anlamı, aşkınlık, nihai gerçeği ya da en yüksek değeri aramak, yaratılışın gizemini kavramak gibi anlamları içeren maneviyat hem hasta hem de hemşireler için hemşirelik literatüründe sıklıkla kullanılmaktadır. Bu metinde yoğun bakım hemşireliğinde manevi doyum tartışılmıştır

Bulgular : Mana kelimesinden türetilmiş olan “Maneviyat” Türk Dil Kurumu sözlüğünde maddi olmayan şeyler; görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, ruhani, tinsel, yürek gücü ve moral olarak tanımlanmaktadır. Başlangıçta din ve maneviyat terimleri bir birinin yerine kullanılan maneviyat, bireysel bir fenomen olarak ele alınmaya başlamış ve bireysel aşkınlık, bilinçüstü duyarlılık ve anlamlılık gibi konularla özdeşleştirilmiştir. Ölümle yaşam çizgisi sınırında olan bireylere bakım veren yoğun bakım hemşireleri için maneviyat ve manevi doyum kavramlarının anlamı mesleki doyum açısından önemlidir. Yoğun bakım hemşireleri mesleklerini, hastaların yardım çağrısını, yardım etmeyi nasıl algılıyorlar, nasıl değerlendiriyorlar gibi sorulara verilen yanıtlar manevi doyum kavramının kapsamındadır. Hemşire yardım etme ve bakımı “Kutsal bir görev” olarak anlamlandırıldığında manevi doyum dinsel bir ritüel olarak; hem hastasını hem de kendini varoluşsal boyutta ele alıp bakım verdiğinde manevi doyum “yaşamın anlamı” olarak değerlendirmektedir. Yapılan bir çalışmada bir yoğun bakım hemşiresinin ifadesi manevi doyum dinsel bir ritüel olarak değerlendirme için bir örnektir “Bu işe sahip olduğum için kutsanmışım. Tanrının bana olan desteğini hissediyorum. Tanrıdan bu işte iyi bir insan olmam için bana yardım etmesini istiyorum ve dua ediyorum. Tanrı böyle bir kutsanmışlık verdiği için tabi ki işimden memnunum”. Bazı çalışmalar maneviyatın özellikle anlam oluşturma ve amaç duygusu gibi boyutlarının iş doyum ve katılım gibi işle ilgili değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç : Yoğun bakımda hemşirelerin sürekli acı ve ölüm ile yüzleşmelerinin onları olumsuz etkilediği düşünülebilir. Oysa yüksek manevi değerlere sahip hemşireler için bu deneyimler bir fırsat olarak görülmektedir. Çoğu kuramcıya göre böyle bir yoğunlukla baş etmede yaşamın aşkın yönü, buradaki ve şimdi olanların yaşamın var oluşuna inanç manevi doyum için bir fırsat olarak görülmektedir.

P-26

Sol Ventrikül Destek Cihazı (Lvad) Uygulanan Hastalarda Driveline Enfeksiyonu Ve Perioperatif Hemşirelik Yönetimi

Perioperative Management Of Driveline Infection In Patients With Left Ventricular Assist Device (Lvad)

Fatma Demir Korkmaz

Profesör

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ege University Faculty Of Nursing Department Of Surgical Nursing

E Posta: Fatma.Demir@Ege.Edu.Tr

Nihal Çeliktürk

Araştırma Görevlisi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ege University Faculty Of Nursing Department Of Surgical Nursing

E Posta: Nihal.Celikturk@Ege.Edu.Tr

Sol Ventrikül Destek Cihazı (Lvad) Uygulanan Hastalarda Driveline Enfeksiyonu Ve Perioperatif Hemşirelik Yönetimi

Perioperative Management Of Driveline Infection In Patients With Left Ventricular Assist Device (Lvad)

Özet

Sol Ventrikül Destek Cihazları (Lvad) İleri Derece Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Medikal Tedaviye Göre Önemli Sağ Kalım Avantajları Sağlamaktadır. Lvad' Lı Hastalarda İnme, Kanama, Sağ Ventrikül Yetmezliği, Cihaz Bozukluğu, Enfeksiyon Gibi Ciddi komplikasyonlar görülmektedir. LVAD enfeksiyonları; kan dolaşımı veya endokardit gibi sistemik enfeksiyonlar olduğu gibi cep enfeksiyonu ve driveline enfeksiyonu gibi lokal enfeksiyonlar da olabilir. Driveline enfeksiyonu yaygın görülen bir enfeksiyondur. Driveline enfeksiyonları ameliyattan yaklaşık 30 gün sonra ortaya çıkar. Driveline enfeksiyonunun gelişme ihtimali LVAD desteği süresi ile doğru orantılıdır. Özellikle destination terapi nedeni ile LVAD implante edilen hastalarda enfeksiyon riski daha fazladır. Bunun yanı sıra gün geçtikçe LVAD uygulanan hastaların sayısı artmakta olduğu için driveline enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi son derece önemlidir. Driveline enfeksiyonları yüzeysel ve derin olarak sınıflandırılır. Her iki enfeksiyon, driveline çıkış bölgesinin çevreleyen yumuşak dokuları kapsar. Derin enfeksiyonlar fasya ve kas tabakalarını da içerir. Driveline enfeksiyonları; yaş, obezite, diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı ile ilişkilidir. Aynı zamanda; cerrahi teknik, yara bakımı, travma, sert driveline ve hasta eğitimi driveline enfeksiyonların oluşmasında önemli birer risk faktörüdür. Driveline enfeksiyonlarına en fazla Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Coagulase negative-staphylococci, Enterococcus spp, Corynebacterium spp ve Candida spp gibi mikroorganizmalar neden olmaktadır. Driveline enfeksiyonlarının klinik görünümü; cihazı çevreleyen deri altı dokularında yada kutanöz çıkış yerinde eritem, ağrı, ödem, sıcaklık, pürülan akıntı gibi lokal enfeksiyon bulguları şeklindedir. Driveline enfeksiyonların tedavisinde tıbbi, cerrahi ve tamamlayıcı tedaviler kullanılmaktadır. Driveline enfeksiyonların önlenmesinde ameliyat sonrası dönem en önemli dönemdir. Bu dönemde driveline bakımı, pansuman değişimi, enfeksiyon bulguları, beslenme gibi konular üzerinde önemle durulmaktadır.

ABSTRACT

Left Ventricular Assist Devices (LVAD) ensure significant survival comparing to medical treatment in patients with advanced heart failure. Severe complications such as stroke, bleeding, right ventricular failure, device failure and infections are

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

occurred in patients with LVAD. LVAD infections might be local infections such as driveline and pocket infections as well as systemic infections like endocarditis or blood borne infections. Driveline infections are the most common seen of these. Driveline infections are occurred about 30 days after operation. Probability of development of driveline infections is directly related to duration of LVAD. Risk for infection is high especially for patients with LVAD for the purposes destination therapy. Beside this as the number of the patients implanted LVAD increased it is very important to prevent driveline infections. Driveline infections are classified as superficial and deep. Both infections comprise soft tissues surrounding exit site of driveline infections. Deep infections involve fascia and muscular layer too. Driveline infections are related to age, obesity, diabetes mellitus and chronic kidney disease. In addition, surgical technique, wound care, trauma, rigid driveline and lack of patient education are significant risk factors for driveline infections. Microorganisms such as Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Coagulase negative-staphylococci, Enterococcus spp, Corynebacterium spp and Candida spp are leading to driveline infections. Clinical symptoms of DLI, are local infections findings such as erythema at surrounding subcutaneous tissue of the device or at the cutaneous tissue of the exit site, pain, high temperature, oedema, purulent drainage. Medical, surgical and complementary therapies are used in the treatment of DLI. Postoperative period is the most important time for the preventing of DLI. Care of driveline, changing dressing, patient education, nutrition and control for infection findings are dealt with in this period.

Keywords: Driveline infection; LVAD; nursing care

DRİVELİNE ENFEKSİYONLARI

Driveline enfeksiyonları (DLI), Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD) uygulanan hastalarda yaygın görülen bir komplikasyondur (1,2). DLI, geç başlangıçlı enfeksiyondur. Çoğu LVAD implantasyonundan 30 gün sonra meydana gelmektedir (3). DLI' nın gelişme ihtimali LVAD desteği süresi ile doğru orantılıdır. İmplant edilen LVAD varlığı ne kadar uzun sürerse enfeksiyon riski o kadar artmaktadır (4). DLI' ler yüzeysel ve derin olarak sınıflandırılmaktadır. Her iki enfeksiyon da DL çıkış bölgesini çevreleyen yumuşak dokuları kapsar. Derin enfeksiyonlar fasya ve kas tabakalarını da içerir (5,6). Driveline enfeksiyonlarının klinik görünümü; cihazı çevreleyen deri altı dokularında yada kutanöz çıkış yerinde eritem, ağrı, ödem, sıcaklık ve pürülan akıntı gibi lokal enfeksiyon bulguları şeklindedir (7). Obezite, beslenme durumu, yaş, komorbiditeler (diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı ve depresyon), hasta eğitimi, yara bakımı, travma, DL tünellenmesi, cerrahi teknikler, dren tüplerinin varlığı ve cihaz özellikleri DLI' nın oluşmasını etkileyen risk faktörleri arasında sayılmaktadır (3,8). Driveline enfeksiyonlarına en fazla Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Coagulase negative-staphylococci, Enterococcus spp, Corynebacterium spp ve Candida spp gibi mikroorganizmalar neden olmaktadır (3,9).

Önleme

DLI' ler intraoperatif veya perioperatif dönemlerde oluşan kontaminasyonlardan dolayı meydana geldiği düşünülmektedir. Uygun antiseptik, atibiyotik ve pansuman tekniklerinin kullanımı enfeksiyon riskini azaltılmaktadır. Ameliyat öncesinde hastaların diş kontrolleri yapılmalı ve diğer hastalıkları tedavileri yapılmalıdır. Kadife kaplı DL kullanılması ile enfeksiyonların %50 oranında azaldığı saptanmıştır. Küçük bir suture ile driveline sabitlenmesi ve travmalara karşı korumak enfeksiyonları önlemektedir (5,10,11).

Tanı

Driveline enfeksiyonları önemli komplikasyondur fakat tanılması zordur. Ultrason , bilgisayarlı tomografi, ekokardiyografi ve anjiyografi gibi görüntüleme yöntemleri ile pompa ve kanül etrafındaki sıvı toplanmaları ve derin enfeksiyon varlığı tespit edilebilmektedir (5,12). Beyaz hücre sayımı, C Reaktif Protein (CRP) kontrolü, eritrosit sedimentasyon hızı kan kültürü ve yara kültürü analizi DLI şüphesinde yapılacak teknikler arasındadır (4). Driveline bölgesi sık sık gözlenmeli ve driveline hattı boyunca palpa edilerek kontrol edilmelidir. Driveline bölgesindeki akıntı ve çevreleyen selülit, enfeksiyon varlığını belli etse de bazen bu bulgular olmayabilir ve enfeksiyon varlığının tespiti zorlaşabilir. Enfeksiyon olsa bile ateş, lökosit ve inflamatuvar belirteçler gibi sistematik bulgular görülmeyebilir ve enfeksiyon teşhisi zorlaşabilmektedir (10). Enfeksiyonun tam kapsamı genellikle cerrahi ile belirlenir. Ayrıca enfeksiyonun cerrahi uygulama olmadan enfeksiyonun pompa cep enfeksiyonundan ayrılması ve vücut boşluklarında da varlığının saptanması oldukça zordur (5,6).

Tedavi

Hafif enfeksiyonların tedavisinde pansuman değişimi sıklığının artırılması önerilmektedir. Lokal selülit ve drenajı içeren orta derecedeki enfeksiyonlar için antibiyotik tedavisi, lokal debritleme ve klinik kontroller önerilmektedir (13). İleri derece enfeksiyonlarda DL tüneli açılabilir ve enfeksiyon boşaltılabilir. Vakum destekli kapatma (VAC) drenaj sağlayarak iyileşmeyi

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

kolaylaştırabilir (8,14,12,15). Ayrıca enfekte olmuş doku çıkarılıp DL rektus kası ile kaplanarak yeni doku oluşturmaktır. Bu uygulamaların tamamen başarısız olduğu uzun süreli enfeksiyonlarda diğer bir yöntem de DL' nin intraperitoneal boşluğa taşınarak yeni bir perkütan çıkışın sağlanmasıdır (13). DL' lerde tamamlayıcı tedaviler de günümüzde kullanılmaktadır. Tıbbi bal ve topikal antibiyotiklerin kullanımı önerilmektedir. Ultraviyole B (UVB) radyasyonu kronik yaralarda kullanılmakta olup driveline enfeksiyonlarında kullanımı düşünülmektedir (6). Otolog trombositten zengin plazmanın (PRP) topikal olarak uygulanması DL' nin yara yerinin kapanmasında etkilidir (15). DL enfeksiyonları tedavisinde son düşünülecek olan uygulama ise cihazın değiştirilmesidir (8,12).

Perioperatif Hemşirelik Yönetimi

DL' nin önlenmesi ameliyat öncesi dönemde başlamaktadır. Kalp yetersizliği olan hastalarda bir miktar immün yetmezlik görüldüğü için bu hastalar enfeksiyonlar açısından daha fazla risk altındadır. Hastaları T hücre fonksiyonları değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi hiperglisemi kontrol altına alınmalı ve ameliyat öncesi beslenme durumu değerlendirilmelidir. Hastanın aktif ve gizli enfeksiyon varlığı için gerekli analizler yapıp değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi diş hijyeni ve diş sağlığı diş hekimi tarafından değerlendirilmeli ve gerekli ise tedavi edilmelidir. Basınç yarası değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi var olan santral venöz kateterler, idrar sondaları, periferik yerleştirilen santral kateterler, diğer implante edilmiş cihazlar ameliyat öncesinde çıkarılmalıdır (16). Ameliyat öncesi gece hasta klorheksidin gibi antiseptikler ile yıkanmalıdır. Ameliyat öncesi uygun profilaktik antibiyotikler kesiden 60 dk. öncesinde uygulanmalıdır (8).

DL' nin önlenmesi için ameliyat ortamında yüksek düzey önlemler alınmalıdır. LVAD cihazı kullanımdan hemen önce steril bir şekilde açılmalıdır. DL' nin doğru konumlandırılması ve doğru tünelleme enfeksiyonların önlenmesinde önemlidir. Driveline sağ üst kadrantünelinden, orta klaviküler hattın yakınından ve kosta kenarın 4-6 cm altından çıkmalıdır. Driveline ve pompa cebi arasındaki mesafe enfeksiyon bulaşını önlemek için en uzak mesafeye çıkarılmalıdır. Perkütan yolun uzunluğu en fazla 10-12 cm olmalıdır. Driveline kadife kısmı vücut dışına 1-2 cm' den fazla uzanmamalıdır.

DL enfeksiyonlarının önlenmesinde ameliyat sonrası dönem en önemli dönemdir. Hastanın drenlerinden ve tüplerinden gelen kan ve sıvılar kayıt edilmeli fazla çıkış bildirilmelidir (16). Yara iyileşmesini kötü etkileyen yetersiz beslenme, yara üzerinde mekanik stres, zayıf damar desteği, anemi ve azalmış albümin düzeyi gibi faktörler belirlenmeli ve müdahale edilmelidir. Hastalar mümkün olduğunca erken extübe edilmeli ve erken mobilize edilmelidir. Klinik durumu izin verdiğçe santral hatları en kısa zamanda çıkarılmalıdır (6,7). Cihaz implante edildikten 10-14 gün içinde doku büyümesi gerçekleşmektedir. Özellikle bu süre içinde travma alması durumunda iyileşme gecikecek hatta imkansız hale gelecektir (12,17). Pansumanlar steril teknik kullanılarak yapılmalıdır. Yara yeri %1 klorheksidin veya firmanın önerdiği uygun antiseptikler ile temizlenmeli ve daha sonra %0.9 sodyum klorür ile durulanmalıdır. Yara yeri kuruduktan sonra steril gazlı bez ile kapatılmalı, sabitleyici aparatlar kullanılmalı daha sonra abdominal korse giydirilmelidir. Hastanın kadife kılıf içinde yeterli dokusu oluşana kadar banyo yapmaması önerilmektedir. Daha sonra çıkış yerinde hiçbir drenaj veya enfeksiyon belirtisi yoksa hasta duş alabilir. Duş esnasında yara yerine kese yapılmamalıdır (16). Ameliyat sonrası 24-48 satten önce mümkünse pansuman değişikliği yapılmamalıdır. Pansuman değişiklikleri ilk 10 gün özel eğitimli hemşireler tarafından her gün, 11. günden 21. güne kadar haftada 3 kez ve daha sonra haftada 2 kez yapılması önerilmektedir. Hastalara ve ailelerine taburcu edilmeden önce pansuman değişiminin nasıl yapılacağı öğretilmeli ve gerekli malzemeler konusunda bilgi verilmelidir. Hastaya lokal ve sistemik enfeksiyon bulguları hakkında bilgi verilir ve şüpheli durumlarda hastaneye başvurusu gerektiği söylenmelidir. Hasta taburcu olduktan sonra driveline pansuman yara yeri LVAD ekibi tarafından kontrol edilmelidir (18).

SONUÇ

Driveline enfeksiyonlarının varlığının değerlendirilmesi ve önlenmesi için standart bakım protokolleri kullanılmalıdır (19). Önümüzdeki yıllarda ilerleyen teknoloji ile beraber DL' lara ihtiyaç duyulmaması ve enfeksiyon riskinin ortadan kaldırılması ümit edilmektedir (8). Bu derlemenin, klinisyenler ile araştırmacılar arasında iletişimi ve bilgi paylaşımını artırarak hasta bakım kalitesinin artmasına ve enfeksiyonların azalmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Son, A. Y., Stein, L. H., Reyentovich, A., Katz, S. D., Smith, D. E., DeAnda, A., & Balsam, L. B. (2016). Increased Driveline Infection with Betadine Antisepsis: Considerations for Chlorhexidine Intolerant Patients. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 35(4), S256.

2. Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Ekim 2018 Grand Yazıcı Club Turban Otel Marmaris

2. Balsam, L. B., Jacoby, A., Louie, E., & Levine, J. P. (2017). Long-Term Success With Driveline Exit Site Relocation for Deep Driveline Infection in Left Ventricular Assist Device Patients. *Innovations: Technology and Techniques in Cardiothoracic and Vascular Surgery*, 12(6), 440-445.
3. <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/Medical-complications-in-patients-with-LVAD-devices> Erişim Tarihi: 25.07.2018
4. Sharma, V., Deo, S. V., Stulak, J. M., Durham III, L. A., Daly, R. C., Park, S. J., ... & Joyce, L. D. (2012). Driveline infections in left ventricular assist devices: implications for destination therapy. *The Annals of thoracic surgery*, 94(5), 1381-1386.
5. Hannan, M. M., Husain, S., Mattner, F., Danziger-Isakov, L., Drew, R. J., Corey, G. R., ... & Mahon, N. G. (2011). Working formulation for the standardization of definitions of infections in patients using ventricular assist devices. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 30(4), 375-384.
6. Leuck, A. M. (2015). Left ventricular assist device driveline infections: recent advances and future goals. *Journal of thoracic disease*, 7(12), 2151.
7. Barnes, K. (2008). Complications in patients with ventricular assist devices. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 233-241.
8. Hernandez, G. A., Nunez Breton, J. D., & Chaparro, S. V. (2017). Driveline Infection in Ventricular Assist Devices and Its Implication in the Present Era of Destination Therapy. *Open journal of cardiovascular surgery*, 9, 1179065217714216.
9. O'SHEA, G. (2010). Using active leptospermum honey to address transcutaneous driveline infection. *Ostomy wound management*, 56(9).
10. Baronetto, A., Centofanti, P., Attisani, M., Ricci, D., Mussa, B., Devotini, R., ... & Rinaldi, M. (2014). A simple device to secure ventricular assist device driveline and prevent exit-site infection. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 18(4), 415-417.
11. Baronetto, A., Centofanti, P., Attisani, M., Ricci, D., Mussa, B., Devotini, R., ... & Rinaldi, M. (2014). A simple device to secure ventricular assist device driveline and prevent exit-site infection. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 18(4), 415-417.
12. Koval, C. E., Rakita, R., & AST Infectious Diseases Community of Practice. (2013). Ventricular assist device related infections and solid organ transplantation. *American Journal of Transplantation*, 13(s4), 348-354.
13. Trachtenberg, B. H., Cordero-Reyes, A., Elias, B., & Loebe, M. (2015). A review of infections in patients with left ventricular assist devices: prevention, diagnosis and management. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 11(1), 28.
14. Toda, K., & Sawa, Y. (2015). Clinical management for complications related to implantable LVAD use. *General thoracic and cardiovascular surgery*, 63(1), 1-7.
15. Jiritano, F., Serraino, G. F., Rossi, M., Dominijanni, A., Brescia, A., & Renzulli, A. (2013). Ventricular assist device driveline infection: treatment with platelet-rich plasma. *The Annals of thoracic surgery*, 96(2), e37-e38.
16. Pauwaa, S., & Bhat, G. (2011). Ventricular assist device-specific infections. In *Ventricular assist devices*. InTech.
17. Shinn, J. A. (2005). Implantable left ventricular assist devices. *Journal of cardiovascular nursing*, 20(5S), S22-S30.
18. Martin, B. J., Luc, J. G., Maruyama, M., MacArthur, R., Bates, A. R., Buchholz, H., ... & Conway, J. (2017). Driveline Site Is Not a Predictor of Infection After Ventricular Assist Device Implantation. *ASAIO journal (American Society for Artificial Internal Organs: 1992)*.
19. Yarboro, L. T., Bergin, J. D., Kennedy, J. L., Ballew, C. C., Benton, E. M., Ailawadi, G., & Kern, J. A. (2014). Technique for minimizing and treating driveline infections. *Annals of cardiothoracic surgery*, 3(6), 557.

SPONSORLAR

MEDTRONIC

BAXTER

FRESENIUS MEDICAL CARE

HİTİT MEDİKAL

BD MEDİKAL

CRBARD

ASİLBAY MEDİKAL

STARTEK TİCARET

GÜL GÜLER MEDİKAL

SPONSORLAR



BİLİMSEL SEKRETERYA

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği: İnönü caddesi ,
Işık Apt. No: 53 Kat: 4 - Gümüşsuyu / Taksim / İSTANBUL

Gsm: (0541) 513 33 94 - Telefon: (0212) 292 92 707

E-Mail: info@tybhd.org.tr

Kongre Başkanı: Ebru KIRANER

Kongre Sekreterleri: Aycan Kelez Yayık, Semine Aydoğan



KONGRE ORGANİZATÖRÜ

Atatürk Mah. Vatan Cad. Keskin İş Merkezi No:22 / 3

Ataşehir / İstanbul

Tel: (0216) 580 90 00 - Fax: (0216) 580 90 90

E-Mail: info@tybhdkongre2018.org

Web: www.tybhdkongre2018.org