



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SEDASYON YÖNETİMİNE
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLERİN
BELİRLENMESİ**

Volkan KARTAL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL - 2018

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SEDASYON YÖNETİMİNE
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN ETMENLERİN
BELİRLENMESİ**

Volkan KARTAL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL – 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı :Hemşirelik Anabilim Dalı
Program :Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrenci No :164204016
Öğrenci Adı Soyadı :Volkan KARTAL

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 03.10.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma DOĞAN
(ÜSKÜDAR Üniversitesi)

İmza

Danışman : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
(ÜSKÜDAR Üniversitesi)

İmza

Üye : Dr.Öğr.Üyesi Sebahat ATEŞ
(MALTEPE Üniversitesi)

İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma İstanbul İl Sağlık müdürlüğüne bağlı altı hastanenin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan 274 hemşireye uygulandı. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmış olup, t testi, varyans analizi, ANOVA testi, Kruskal Wallis testi, LSD testi, Mann Whitney U testleri ile değerlendirildi.

Araştırma sonucunda; araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık yarısının (%44,9)'u 24-26 yaş aralığında olduğu, %73,7'sinin üç yıldan az süredir, %35'inin ise bir yıl ve daha az süredir kurumda çalıştıkları, %72,6'sının lisans mezunu olduğu, %71,2'sinin sedasyon eğitimi almadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin toplam bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; kurumlara, yaşlarına, yoğun bakımda çalışma sürelerine, hemşirelikte toplam görev sürelerine göre anlamlı bir fark varken ($p<,05$) eğitim durumlarına ve sedasyon eğitimi alma durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>,05$). Hemşirelerin toplam uygulama puanlarına bakıldığında; yaşlarına, toplam görev sürelerine, kurumda çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark varken ($p<,05$) kurumlara, yoğun bakımda çalışma sürelerine, eğitim durumlarına ve sedasyon eğitimi alma durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>,05$). 6. Kurumun yoğun bakımında çalışan hemşirelerinin sedasyon puanının diğer hastanelere göre daha düşük olduğu, 2. Kurumun yoğun bakımında çalışan hemşirelerin ise sedasyon puanının en yüksek olduğu belirlendi.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere yönelik sedasyon eğitimleri ve hastane içi sedasyon eğitimlerinin sağlanması, hemşirelerin sedasyon kullanımı hakkında farkındalıklarının artırılmasına yönelik uygulamaların planlanması, sedasyon yönetimi protokollerinin oluşturulması ve sürekli hizmet içi sedasyon eğitimlerinin verilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: sedasyon, sedasyon yönetimi, hemşirelik

ABSTRACT

This study was made as a descriptive in order to determine the level of knowledge and factors affecting the sedation methods of intensive care unit nurses. The study was applied to 274 nurses working in intensive care units of six hospitals of Istanbul Provincial Health Directorate. The data were collected by a questionnaire developed by the researcher and evaluated with the use of t test, variance analysis, ANOVA test, Kruskal Wallis test, LSD test and Mann Whitney U tests.

As a result of the study, approximately half (44.9%) of the nurses participating in the study were between 24 and 26 years old, 73.7% were employed in the institution for less than three years, 35% were employed in the institution for a year and less, 72% were bachelors, 71.2% of them did not receive any sedation training. Estimating the total educational score of the nurses; there was not a significant difference ($p < .05$) according to institutions, age, duration of employment in the icu, total nursing experience, while a significant difference ($p > .05$) was seen in educational status and sedation training status. Considering the total application scores of nurses; While there was a significant difference ($p < .05$) according to the institutions, the duration of the intensive care unit employment, total nursing experience, there was no significant difference ($p > .05$) according to their educational status and the involvement into sedation training. It was determined that the sedative training score of nurses working in the intensive care unit of the 6th institution was lower than other hospitals, and that the nurses working in the intensive care unit of the 2nd institution had the highest sedative training score.

In the light of the data obtained from the study, it was suggested to provide sedation training for nurses working in the intensive care unit, to plan the practices to increase the awareness of nurses about sedation, to establish sedation management protocols and to give continuous in-service sedation training.

Keywords: sedation, sedative management, nursing

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen danıőmanım Prof. Dr. Besti ÜSTÜN başta olmak üzere bilgi ve deyimlerinden yararlandığım bana her zaman ıőık tutan, tıbbi ve mesleki konularla birlikte, kişisel anlamda da kendime farklı bir bakıő açısı kazandıran, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Selma DOĞAN ve tüm öğretim üyelerine, sabırları ve anlayıőları için aileme, bu süreçte hep yanımda olan Hemşire Uğur KARADUMAN'a ve değerli meslektaőlarıma;

Sonsuz teşekkür ediyorum.

BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Etmelerin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih
31/10/2018

Volkan KARTAL

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
ARAŞTIRMANIN AMACI.....	9
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ VE HASTA GÜVENLİĞİ.....	10
2.1.1. Hasta güvenliği tanımı	10
2.1.2. Hasta güvenliği ile ilgili kavramalar.....	11
2.1.3. Tıbbi hatalar ve yetersiz tıbbi bilgi.....	12
2.2. YOĞUN BAKIMDA SEDASYON TEDAVİSİ	13
2.2.1. Sedasyonun tanımı	14
2.2.2. Lüzum halinde ilaç kullanımını ve hemşirelik.....	18
2.3. YOĞUN BAKIMDA SEDASYON TEDAVİSİ İÇİN KULLANILAN İLAÇLAR.....	19
2.3.1 Benzodiazepinler	19
2.3.2. Barbitüratlar	20
2.3.3. Propofol	21
2.3.4. Ketamin.....	21
2.3.5. Opioid aneljezikler.....	22
2.4. SEDASYON DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	23
2.4.1. Objektif yöntemler	23
2.4.2. Subjektif yöntemler.....	24
2.5. SEDASYON YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	28
2.5.1. Hemşirelik.....	28
2.5.2. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	34
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	34
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	34
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	35
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI.....	36
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	36
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	36

4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. HEMŞİRELERE AİT TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE YOĞUN BAKIMDA SEDASYON YÖNETİMİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ ANKET FORMUNA AİT BİLGİ PUANLARININ TARTIŞILMASI	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	60



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmanın Yapıldığı Kurumların Katılımcı Dağılımı (N:274)	35
Tablo 1: Araştırmanın Yapıldığı Kurumların Katılımcı Dağılımı (N:274)	37
Tablo 2: Hemşire Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:274).....	38
Tablo 3: Hemşirelerin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4: Hemşirelerin Yaş Dağılımına Göre Bilgi Ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 5: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimdeki Görev Sürelerine Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puan Dağılımı	41
Tablo 6: Hemşirelerin Toplam Görev Sürelerine Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı.....	42
Tablo 7: Hemşirelerin Kurumlarında Çalışma Yıllarına Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 8: Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı	44
Tablo 9: Hemşirelerin Kurumlarında Sedasyon Eğitim Alma Durumuna Göre Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı	45
Tablo 10: Bilgi Sorularına Verilen Doğru Cevapların Dağılımı.....	46
Tablo 11: Vaka Sorularına Verilen Doğru Cevapların Dağılımı	47

KISALTMALAR DİZİNİ

ASA :American Society of Anesthesiologists

CPR :Cardiopulmonary Resuscitation

EEG :Elektroensefelografi

KKSH :Kötü Kontrollü Sistemik Hastalık

MAO :Monoamin Oksidaz

HY :Hemşirelik Yönetmeliği

SPSS :Package For Social Sciences

1. GİRİŞ

Dünyada hızla gelişen - değişen sağlık bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunda ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması aşamasında hemşireler önemli statüde yer almaktadır. Hemşirelerin hizmet sunumlarını gerçekleştirirken hizmet içerisinde var olabilmesi için sunduğu hizmette değişiklik oluşturması şarttır (Aygın ve Cengiz 2011).

Değişen çevre şartları ve sağlık bakım hizmetlerinin ihtiyacının artması, sağlık hizmetlerinin şekillenmesine ve hizmet alanında çeşitliliğin artmasına yol açmıştır. Sağlık bakım ihtiyacının artması sonucunda hastane içi ve hastane dışı hizmet sunumları oluşturulmaya başlanmış olup halk sağlığı, kaliteli hizmet, refah düzeyi ve hasta güvenliği konusunda gelişmeler yaşanmıştır. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde kalite sunumlarının önemli konularından bir tanesi haline gelmiştir. ‘‘Institute of Medicine’’in raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 98 bin kişinin tıbbi hatalar ve yetersiz tıbbi bilgi sebebi ile yaşamını yitirdiği öne sürülmüştür. Bu sayı trafik kazası, kanser ya da AIDS’ den ölenlerin sayısından daha fazla bir rakam olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar da hasta güvenliği konusunun ne kadar önemli bir konu olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Gündoğan ve Yorgun 2010, Kılıçarslan ve Ark. 2010, Aygın ve Cengiz 2011).

Sağlık bakım sistemi içerisinde en önemli öncelik olarak hasta güvenliği; sağlık hizmetlerine bağlı olarak oluşan hataların önlenmesi, bu hataların yol açtığı hasta zararlarının en aza indirilmesidir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir hale gelmesi, değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmeti sunanlar ve hizmeti alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir (Gökdoğan ve ark. 2010, Karaca ve ark. 2014).

Hastaneler içerisinde yer alan yoğun bakım üniteleri; sağlık kurumları içerisinde karmaşık cihazlarla donatılmış, genel görünüm ile yalıtılmış özel bölümlerdir (Kavaklı ve ark. 2009). Başka bir tanıma göre de yoğun bakım üniteleri; yaşamsal işlevlerinin bir kısmını veya tamamını yitiren, durumu kritik olan hastaların desteklenip iyileşmesini amaçlayan, hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan ileri teknoloji ile donatılmış cihazlara sahip, 24 saat yaşamsal göstergelerin izlemi yapılan multidisipliner çalışan kliniklerdir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu alanlarda özel amaçları ve becerileri bulunan

sağlık personelleri, hızlı ve yoğun iş temposu ile çalışmaktadırlar. Bu bölümlerde görev yapan hemşirelerin, hastaların güvenliği ile birlikte yoğun bakım hizmetlerinin düzenli ve etkili bir biçimde yürütülmesinde önemli rolleri vardır (Arslan, Kavaklı ve Uzun 2009).

Hemşireliğin temel rolü hastaya bakım vermektir. Bu bakım biyopsikososyal bakım, takip, ilaç uygulaması ve gözlemden oluşmaktadır (Altuncan, 2009). Yoğun bakım ünitesinde bulunan hemşireler oldukça karmaşık ve yoğun bir alanda çalıştıkları gibi ileri düzey teknoloji ile desteklenen hastalarla iç içedir.

Yoğun bakım ünitelerinde yer alan hastaların bakımında ön plana çıkan temel tedavi çeşitlerinden bir tanesi de sedasyon tedavisidir. Bu tedavi şekli genellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalar ön planda olmak üzere hastaların ortalama olarak % 90'ında uygulanan bir tedavi yöntemidir (Korhan 2013, Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

Mekanik ventilasyon, hastaların hayatlarını sürdürmede yarar sağlamasına karşın aynı zamanda hastalar açısından anksiyete, ajitasyon, stres, ağrı ve hemodinamik dengede bozulmaya sebep olmaktadır. Bütün bu olumsuzlukları ortadan kaldırmak ve hastanın olası bir kendine zarar verme girişiminde bulunmasını önlemek amacı ile sedasyon tedavisi uygulanmaktadır (Korhan, 2013).

Sedasyon; Santral sinir sisteminin orta dereceli bir depresyonu olup hastanın uyanık, rahat ve sakin bir durumda bulunması ve çevreye olan bağı-bilincinin azaltılması işlemidir. Hastaya çeşitli operasyonlar, müdahaleler ve bazı tedavi durumlarında uygulanan yöntemlerden bir tanesidir (Çoban 2004, Sandal 2010).

Sedasyon tedavisi çoğunlukla yoğun bakım hastalarında uygulanmakla beraber, acil servislerde, cerrahi müdahalelerde ortopedik girişimler gibi birçok alanda da kullanılmaktadır. Bu müdahalelerde temel amaç; hastanın anksiyete, ajitasyonu, ağrısını dindirme, rehabilite etme, tanı ve tedavi amaçlı invaziv ve noninvaziv işlemlerde kullanılmakla birlikte psikososyal stres ile baş etme de kullanılmaktadır.

Ayrıca; amnezi sağlama, uykuyu düzenleme, hasta konforunu artırmada, hemodinamik dengeyi düzenlemede, kafa içi basıncı azaltmada, endotrakeal aspirasyon, pansuman ve pozisyon değişimleri, hasta nakilleri gibi ağırlı işlemlerle

hemşire-doktor bakımını kolaylaştırmada yoğun olarak kullanılan bir yöntemdir (Esen ve ark. 2010, Korhan ve ark. 2013, Uslu ve ark. 2015).

Sedasyon tedavisi amacı ile kullanılacak ilaçların seçiminde hastanın primer hastalığı ile ek hastalığı önemli olmaktadır. Bu hastalara uygulanacak olan ilaçların çeşidi, dozu ve sıklığına da dikkat edilmesi gerekir. Uyarıların dereceleri, ağrı ve diğer ilaç kullanımları da sedasyon ilaçlara olan gereksinimi ve yanıtı değiştirmektedir. Kullanılan sedasyon ilacın etkisi, yan etkisi, avantajları ve dezavantajları da uygulamayı tercih etme açısından önem arz etmektedir

İdeal sedasyon ajanının özellikleri (Hepkarşı, 2013):

- Etkisini hızlı göstermeli
- Yeterli sedasyon seviyesini sağlayabilmeli
- İlaç kesildikten itibaren etkisini hızlıca ortadan kaldırmalı
- Uygulanması kolay olmalı
- Birikici etki göstermemeli
- Kardiyovasküler depresan etkileri en az düzeyde olmalı
- Solunumu baskılamalı
- Eliminasyonu renal, hepatik ve akciğer fonksiyonlarından bağımsız olmalı
- Aktif metabolitleri olmamalı
- Doza bağımlı etkileri monitörize edilebilmeli
- Yan etkileri minimal olmalı
- İlaç etkileşimleri minimal olmalı
- Maliyeti az olmalı

Sedasyon tedavisinin sağlık çalışanı ve hasta açısından bir takım avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu avantajlar; etkinin başlangıç zamanının hızlı olması, titrasyon olanağının bulunması, teknik olarak etkinliğin yüksek olması, uyanma zamanının diğer tekniklere kıyasla daha kısa olması, bulantı ve kusma gibi durumların az olması, tükürük salgısının kontrol edebilmesi olduğu belirtilmektedir (Akyüz 2008, Çoban ve Özden 2004).

Sedasyon tedavisinin dezavantajları ise; damar yolu açılması gerekir, “bu durum hastada flebit, hematoma, enfeksiyon gibi komplikasyonlar oluşturabilir”, hastanın çok dikkatli ve titiz takibinin yapılması buna bağlı olarak yardımcı personel ihtiyacının

artması, fazla personel ve iş yükü oluşması sonucu maliyetin artması olarak belirtilmektedir (Akyüz 2008, Çoban ve Özden 2004).

Sedasyon tedavisi verilen ajanın türüne ve miktarına göre ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki bilinçli sedasyon diğeri ise derin sedasyon durumudur. Yapılacak girişimin hastalarda yaratacağı huzursuzluk, sıkıntı ya da ağrı düzeyine göre minimal, orta düzeyde ya da derin sedasyon uygulanabilir (<http://nursing.ok.gov/>).

Sedasyon tedavisi için verilen ilaçları; hekim istemine göre hem günlük ilaçlar hem de hastanın özelliğine göre lüzum halinde de yazılabilmektedir. Hemşireler yapılan girişimler sonucunda veya hastanın durumuna göre lüzum halinde ilaç uygulamalarına başvurabilirler. Lüzum halinde ilaç kullanımı ağrının rastgele, aralıklı ve tahmin edilemeyen şekilde geldiği durumlar için kullanılan bir uygulamadır. Bu uygulamalarda hastayı girişinden taburcu olana kadar takip eden hemşireler yer almaktadır. Lüzum halinde istemlerinde hemşirelerin karar verme sırasında tam ağrı değerlendirmesi yapmaları ve uygulanacak olan ilaç hakkında bilgi sahibi olmaları, olası etkilerini bilmeleri gerekmektedir. Değerlendirme aşamasında ağrının bölgesi, şiddeti, ağrıya sebep olan etmen, ağrının takibi, önceki alınan dozun etki süresi gibi etmenleri de büyük bir dikkatle incelemesi ve değerlendirmesi gerekir (Aştı ve Acaroğlu 2000, Aslan ve Badır 2005, Erdem 1995, Keçialan 2000).

Hemşirelerin bilgi ve tutumlarındaki eksiklikler etkisiz ağrı yönetiminin bir sebebi olarak gösterilmiştir. Hemşirelerin opioid analjezik ilaçlar, bağımlılık korkusu, tolerans ve ağrıyı sistemik olarak tanılama konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları önceden yapılmış olan araştırmalarda ortaya konmuştur. Hemşirelerin hemşirelik eğitimlerinde ağrı yönetimi ile ilgili olarak çok az eğitim almış olmaları ya da iyi eğitim almamaları bilgi eksikliğinin en temel sebebi olarak görülmektedir (Akyürek, Başbakkal ve Özer 2006).

Sedasyon tedavisi için kullanılan ilaçlar genel olarak intravenöz olarak uygulanabilmektedir. Her hastada uygulanan ilaca olan yanıt değişkenlik göstermektedir. Bu yüzden sedasyon ve analjezikler uygulanırken her hastaya farklı dozlar uygulandığı gibi farklı yanıtlar sonucu bazı hastalarda genel anestezi gerçekleşebilir (Karcıoğlu 2008).

Sedasyon tedavisinin olumlu etkilerinin yanında, yetersiz veya gereğinden daha fazla kullanıldığı zaman hastalarda fiziksel ve psikolojik bakımdan çeşitli zararlara yol

açmaktadır. Hastalarda hemodinamik ve metabolik değerlerin bozulmasına sebep olmaktadır. Yetersiz sedasyon tedavisi, hastaların ventilatöre uyumsuzluğa, oksijen tüketiminde artışın yaşanmasına, hastanın katater-sondalarını çıkarmasına, posttravmatik stres bozukluğunun oluşmasına yol açabilmektedir (Korhan ve ark. 2013, Seyhan 2006).

Bununla birlikte uygulanan bu ilaçlar hastada kardiovasküler sistem, solunum sistemi depresyonu, hipotansiyon ve alerjik reaksiyonlar gibi hastanın yaşamını tehdit edici yan etkileri ortaya çıkarabilir (Çoban 2004, Karcıoğlu 2008). Derin sedasyon durumunda ise hastalarda immünsüpresyon oluşur, hiperkatabolizma gözlenir, hiperkoagülopati gözlemlenebilir, sempatetik aktivasyon artar, hipotansiyon, bradikardi, solunum depresyonu, koma, kas zayıflığı, atrofi, solunum desteğine olan ihtiyacın süresinin uzaması, ventilatör ilişkili pnömoni riskinin artış göstermesi, ileus, böbrek yetmezliği, venöz dolaşımında yavaşlama ve hatta ölümlere yol açmaktadır (Kaygusuz, Gürsoy, Kunt ve Kafalı 2004, Sarıcaoğlu 2005, Sarıhasan ve Üstün 2013).

Yapılan çalışmalarda sedasyon tedavisinde uzama ve sedasyon dozunun artması durumunda, mekanik ventilasyona olan ihtiyacın artması yoğun bakım ünitesinde kalma süresinide uzatmaktadır. Uzayan hasta yatışı, depresif semptomların oluşmasına, deliryum ve sanrılarının artmasına yol açmaktadır. Ayrıca sanrılı hafızalar hastalarda anksiyete ve post-travmatik stres hastalıklarının çoğalmasına sebep olmaktadır. Uzayan yoğun bakım ünitesi tedavisi sonucunda da sağlık bakım maliyetinin artmasına yol açmaktadır (Korhan, Khorshid, Uyar ve Çankaya 2013).

Uzayan tedaviler, yoğun bakımda kalma süresinin artmasına, hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesine ve ilaç kullanımındaki artışlar da maliyetin artmasına sebep olan diğer etmenlerdendir. Bu sebeple hemşireler ve hekimler ilaç istemi ve ilaç kullanımı sırasında bilinçli ve uygun ilaç kullanımına yönelmektedirler. Hemşireler ilaç uygulamaları sürecinde hemşirelik yönetmeliğinde belirlenen görev, yetki ve sorumluluklarına göre hareket etmelidirler. Bu sorumluluklarından bazıları ise; (Hemşirelik Yönetmeliği [HY], 2010: madde 6c, 6ç, 6d, 6e).

- Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastada beklenmeyen veya ani olarak gelişen etkiler ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında

hekimin hasta sağlığına yönelik tıbbi istemini kabul etmek. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli önlemleri almak.

- Hastaya lüzumu halinde uygulanmak amacıyla hekim tarafından order edilen tıbbi talepleri bilimsel esaslar ve kurallara uygun olarak sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirmek.
- Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini fark ettiği durumlarda, hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygulamak.
- Tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemek, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirmek ve gerekli önlemleri almak olarak tanımlanmıştır.

Yönetmelikle belirlenen görev ve sorumluluklara göre hareket eden hemşireler hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak ve akılcı ilaç kullanımı ile de hastaların tedavi sürecinde etkin rol oynamaktadırlar. Dünya Sağlık rgt' ne akılcı ilaç kullanımı ‘hastaların klinik gereksinimlerine uygun ilaçların, kişisel gereksinimlerini karşılayan miktarda, yeterli bir zamanda, hastaya ve topluma en az maliyet ile kullanmaları’ şeklinde tanımlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımının standartlarına uygun hareket eden hemşireler, ilaçların temel farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini, uygulama Őekillerini, etki mekanizmasını, uygulanma nedenleri, toksik ya da yan etkilerini, kontrendikasyonlarını, diğer ilaçlarla etkileşim vb. konuları hakkında yeterli ilaç bilgisine hakim olmaları gerekmektedir (Aştı ve Kıvanç 2003, Toklu ve Ark 2012, Ulupınar ve Akıcı 2015).

Bu hastalara sedasyon tedavisi uygulanırken sedasyon düzeylerinin uygun bir biçimde belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu hasta grubunda sedasyon yönetiminin profesyonel katılımla ve bireyselleştirilmiş özel bir bakım ile desteklenmesini gerektirir. Sedasyon yönetiminde hekimler ilacın seçimi, dozları ve uygulama sıklıklarını belirlerken, hemşireler ise ilacın uygulanması ve takibi konumunda yer almaktadır. Bu süreç içerisinde disiplinler arası karar vermenin dışında hemşireler tarafından bağımsız değerlendirme ve karar vermeyi de gerektiren durumlar mevcuttur. Yoğun bakım hemşireleri hastaları 24 saat gözlemediği ve biyo-psikososyal bakım sunduğu için

hastaların sedasyon seviyesi, uygulama düzeylerini belirleme, klinik karar verme ve uygun davranış sergileme de önemli roller alabilmektedir (Korhan 2013, Yöntem 2016).

Hemşireler sedasyon uygulamalarında, uygulamanın yan etkileri, endikasyon ve kontrendikasyonlarına, bu ilaçların hızlı etkilerini de göz önünde bulundurarak sürece hakim olmaları gerekmektedir. Sedasyon yönetimi için ideal klinik kararlar verebilmesi, sık, rutin, geçerli ve güvenilir olan değerlendirme araçlarını kullanarak değerlendirme sonuçlarına göre müdahaleler yapabilmesi gerekir (Korhan, Khorshid, Uyar ve Çankaya 2013). Bunun gerçekleşmesi için hemşirelerin belirli bilgi ve birikiminin olması gerekmektedir. Sedasyon uygulamasının ciddiyeti ve karar vermedeki öneminin farkındalığı içerisinde olmaları gerekir (Korhan 2013).

Bununla birlikte konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda hemşireler arasında hasta için uygun sedasyona karar vermede ihtiyacı belirleme konusunda tutarsız davranışlar görülmektedir. Hemşireler için sedasyon yönetiminde, hastanın olgu türü ve sayısı, hemşirelerin mekanik ventilasyon ile ilgili bilgi ve deneyimleri, hasta ve hasta yakını ile ilişkili algıları, hekimle olan iletişim biçimi, hemşirenin iş yükü ve sosyal faktörleri ile hastayı değerlendirmedeki yetkinlikleri önemli rol oynamaktadır (Korhan 2013, Yaşar 2006).

Literatürde hemşirelerin ilaç uygulama ve hazırlamada hata yapmasına yol açan birçok faktör saptanmıştır. Bunlar; dikkatsiz hemşire bakım hizmeti, hastanın kimlik bilgisinin dikkatsiz kontrolü, yeni ilaç istemlerinin incelenmemesi, ilaç kartlarını yanlış okuma-yorumlama, ilaç hakkında temel bilgi eksikliği, ilaçların hasta yatağı başında bırakılması, doz hesaplama hatalarının oluşması, kalabalık ilaç hazırlama odaları gibi kişisel ve çalışma koşullarına bağlı olarak ortaya çıkan faktörler saptanmıştır. İlaç hatalarına sebep olan bu etmenlerin içinde en önemlilerin sağlık bakımını gerçekleştiren hemşirelerin yetersiz bilgisinin olması veya var olan bilgiyi uygulamaya dökmemesi olarak ortaya konmuştur (Aştı ve Acaroğlu 2000, Faydalı 2010, Uzun ve Arslan 2008).

Yoğun bakım hastalarında güvenli ve kaliteli tedavi uygulamalarının temel amaçlarından biri en uygun sedasyon seviyelerini belirlemek, bu düzeyi bulmak ve sürdürülebilmektir. Bu amaç doğrultusunda uygun sedasyon ilacının, uygun dozda ve hastanın ilaç belirtilerinin sürekli olarak monitörizasyonu sağlanarak düzenli sedasyon tedavisi amaçlanmalıdır. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların sedasyon tedavi düzeylerini ve uygulama sınırlarını belirlemede, klinik kararlar verme ve uygun

davranışları sergilemede hemşireliğe has ölçekler kullanmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devletleri'nde yoğun bakım ünitelerinin %20'sinde ve Kanada'nın %29'unda sedasyon tedavisi uygulama kurallarının kullanıldığı belirtilmiştir (Korhan 2013, Uyar 2006).

Ülkemizde ise hemşirelerin farmakoloji bilgisi ve ilaç uygulamaları ile ilgili olarak performanslarının değerlendirildiği farklı araştırmalarda bildirilen sonuçlara göre, hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamalarının eksik olduğu ortaya çıkmıştır (Aştı ve Kıvanç 2003). Hemşirelerin %31,3'ünün ilaçlar hakkında hizmet içi eğitimlere ihtiyacı olduğu bir başka çalışmada dile getirilmiştir (Toklu ve ark. 2012). Bir diğer araştırmada ise hemşirelerin %77,3'ünün akılcı ilaç kullanımı kavramından haberdar olmadığı, %96'sının bu konuda verilebilecek eğitime istekli oldukları ortaya çıkan sonuçlar arasındadır. Araştırma sonuçlarında dikkat çeken noktanın hemşirelerin farmakoloji ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgilerinin istenen düzeyde olmadığı, fakat gerekli eğitimler verilmesine karşı tutumlarının istekli olduğu gözlemlenmiştir (Ulupınar ve Akıcı 2015). Ancak hemşirelerin yoğun bakımda çok sık kullanılan hastanın güvenliğini önemli derecede etkileyen sedasyon tedavisi için kullanılan ilaçların kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalarına yönelik çalışmalarına ulaşılammıştır.

Ülkemizde, sedasyon tedavisi konusunu doğrudan ele alan Sandal'ın "acil serviste sedasyon kullanımına ilişkin hemşirelik uygulama standartları" adlı çalışmasına ulaşılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda; belirlenen sedasyon tedavisi uygulamaları standartlarının tam anlamıyla kullanılmadığı, uygulama yetersizliğinde fiziki koşulların yetersizliği ve iş yoğunluğunun da bu standartları uygulama konusundaki eksikliklere yol açtığı görülmüştür. Hemşirelerin sedasyon tedavisi uygulamaları konusunda sedasyon yönetimi eğitimleri ve standardizasyon çalışmalarına olan gerekliliği vurgulanmıştır (Sandal 2010).

Sedasyon yönetimi eğitimiyle ilgili yeterli eğitim almamış ve deneyimsiz olan personel tarafından doğru olmayan teknikler hastada risklere neden olabilir. Sedasyon tedavisi uygulaması sırasında hastayı monitörize etmek veya takibe almak amacı ile kalifiye personelin işlem süresince hazırda bulunması gerekmektedir. Sedasyon tedavisi için uygulanacak ilacı anestezi uzmanları yaptıktan sonra, işlem süresi ve sonrası boyunca takibi hemşirenin sorumluluğunda olmaktadır. Bu sebeple sedasyon uygulayan

hemşire ilacın fizyolojisini, sedatif ilaçların ve analjeziklerin farmakolojik etkilerini, hastaların monitörize takibini, solunum yolu desteğini ve CPR yönünden eksiksiz bir şekilde eğitilmiş olması gerekmektedir. Bu uygulamada yer alan hemşirelerin hastaların güvenliğinin de sağlanması amacı ile uygulama sırasında bilinç düzeyleri, kan basıncı, solunum-kalp atım sayısı, pulse oksimetre takibinin düzenli bir biçimde yapılması gerekmektedir (Çoban 2004, Sandal 2010).

Sedasyon tedavisinin uygulanması esnasında hastanın gözlemini yapan, sedasyon tedavisi boyunca bu gözlemleri kaydeden bir sorumlu hemşirenin bulunması gerekmektedir. Kalp atımı, kan basıncında değişimler olduğunda, kalp aritmileri saptandığında, oksijenizasyon değişikliklerinde, sedatize hastanın solunum biçiminde değişiklikler saptandığı zaman veya hava yolu açılması gibi acil durum gerektiren durumlar oluştuğunda hemşirenin durumu gözlemleyip kaydetmesi ve kayıtları sorumlu hekime iletmesi olgunun seyri için oldukça önemlidir (Öztürk ve Ay 2000, Çoban ve Özden 2004, Sandal, 2010). Bu nedenle hemşirelerin eğitim dönemleri ve hizmet içi eğitimde bu durumun saptanıp gerekli önlemlerin alınması hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir.

Yapılan bu çalışmada, elde edilen verilerin hemşirelerin konuya olan farkındalıklarını sağlamak ve eğitimlerin planlanması sürecine katkı sağlanması beklenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

Alt Sorular:

- Yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimi hakkında bilgi düzeyleri nasıldır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimini etkileyen bireysel ve çalışma özellikleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Bakım Hizmetleri Ve Hasta Güvenliği

Sağlık kurumları; gelişen ve değişen tıp teknolojisinin yoğun kullanıldığı, üretim sürecinin kompleks yapıları kapsadığı ve ürün yelpazesinin oldukça geniş bir alanı kapsadığı hizmet kurumlarıdır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun sağlık seviyesini arttırmak ve sürekliliğini sağlamaktır (Yılmaz 2014).

Sağlık bakım kurumlarında teknolojinin kullanılması sağlık bakım profesyonellerinin baskı altında karar vermesine neden olmaktadır. Bu durum klinik karar vermede veya klinik uygulamalarda hata yapmaya ya da yanlış uygulamalara neden olarak hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir (Gökdoğan, Yorgun 2009). Bundan dolayı son yıllarda sağlık bakımında insan kaynaklı hatalar çerçevesinde hasta güvenliği konularına dikkat giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunum aşamasında bulunan tüm personeller bir şekilde hatalarla karşılaşabilmektedirler. Bu nedenle hasta güvenliği de kurumsal kültürün en önemli unsurlarından biri olmalıdır. Hasta güvenliği tüm sağlık ekip üyelerinin bütününde olduğu gibi hemşirelik bakımının da temel amaçlarından biridir. Hemşireler hasta bakımının her çeşidinde hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu doğrultuda hastaların ve hasta ile ilgili diğer kişilerin hasta güvenliği konusundaki risk ve risklerin azaltılması hakkında bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır (Gökdoğan, Yorgun 2009.; Erdemir ve Elçioğlu 2000.; Karan 2000.)

2.1.1. Hasta güvenliği tanımı

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden dolayı oluşan hataların önlenmesi, hasta hasarlarının en alt seviyeye indirilmesi veya eliminasyonu olarak tanımlanır (Ovalı 2010).

2.1.2. Hasta güvenliği ile ilgili kavramalar

Kurumsal kültür: Sistemleri bir arada tutan değerlerin, inançların, uygulamaların ve ödüllerin bütünüdür. Kurumlarda sistemin işleyişinin nasıl yürüdüğü o kurumun kültürünün bir göstergesidir (Akalin 2004). Bundan dolayı kültür, çalışanların davranışlarını ve örgütsel davranışı açıklamakta ve örgütü diğerlerinden ayrı kılmaktadır. Kişilerin belirli özelliklere göre bir arada bulunmaları gerekmekte, bundan dolayı bütünleyici bir rol sağlamaktadır (Aydoğan 2004).

Güvenlik kültürü; kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki devamlılığına karar veren birey ve grupların değer, tutum, düşünce, alışkanlıklar ve davranış biçimleri olarak tanımlanmaktadır (Tütüncü ve ark. 2007). Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki sık karşılaşılan eksiklikleri düzeltmek için önemli bir strateji olarak görülmektedir (Yönt 2011). Sağlık Bakım sistemindeki hataların önlenmesinde ve hatalardan öğrenmede, sağlık bakım profesyonellerini, kurumları ve hastaları kapsayan bir güvenlik kültürü meydana getirilmesi üzerinde durulmuştur. Tıbbi hataların en az seviyeye indirilmesinde “hasta güvenliği” ve diğer organizasyon sahalarına yayılmasını sağlamada da “güvenlik kültürü” gibi önemli konulara dikkat edilmesi gerekmektedir (Akalin 2004).

Hasta güvenliği: Hastayı istenmeyen veya sağlık bakımı ile bağlantılı bir zararla karşılaşmasını engelleme durumu ya da sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastanı maruz kalacağı zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının ve bu kurum çalışanların aldığı önlemlerin tümüdür. Hasta güvenliğinde amaç, sağlık hizmetinden faydalanan hastalar için olumlu bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamak, bireyleri zarar verebilecek uygulamalardan uzak tutmaktır (Uzun 2009).

Hasta güvenliğini riske atan ve en sık karşılaşılan sorun tıbbi hata ve yetersiz tıbbi bilgidir.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde kalite sunumlarının önemli konularından bir tanesi haline gelmiştir. “Institute of Medicine”’in raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 98 bin kişinin tıbbi hatalar ve yetersiz tıbbi bilgi sebebi ile yaşamını yitirdiği öne sürülmüştür. Bu sayı trafik kazası, kanser ya da AIDS’den ölenlerin sayısından daha fazla bir rakam olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar da hasta güvenliği konusunun ne kadar önemli bir konu olduğunu ortaya

çıkarmaktadır (Gündoğan, Yorgun 2010, Kılıçarslan ve Ark. 2010, Aygin ve Cengiz 2011).

Hasta güvenliğinin oluşturulması, sağlık bakım hizmetlerinin öncelikli ilkesidir. İlaç hataları; hasta güvenliğini riske atan öncelikli durumlardan biri olmasına karşın, en çok karşılaşılan tıbbi hata şeklidir. Amerika Birleşik Devletlerinde İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council Medication Error Reporting and Prevention-NNC MERP) tarafından tanımlanan ilaç hataları:” ilaç; sağlık hizmetinde çalışanları hasta bireylerin veya üretici kuruluşların denetiminde olmasına karşın, hasta bireyin ilaçtan zarar görmesine yada hasta bireyin hastalığıyla ilgili yanlış ilacı kullanmasına neden olan engellenebilir bir durum” olarak nitelendirilmiştir. İlaç hatası “bir zarar ya da risk oluşturma durumuna bakılmaksızın ilacın isteminden uygulama sonrası hastanın izlenmesine kadar olan süreçte ortaya çıkan önlenemez, herhangi bir olay” olarak tanımlanmaktadır (Yöntem 2016).

2.1.3. Tıbbi hatalar ve yetersiz tıbbi bilgi

“Hata yapma”, insanlığın en temel özelliklerinden biridir. Basit anlamıyla doğru kabul edilmeyen, onaylanmayan hareket ve davranışlardır. Yasal açıdan hizmet eksikliği veya hatalı işlem olarak adlandırılan hatalı davranış ve uygulamalar iki şekilde ele alınır.

Kasdi kusur; yasal kurallara uygun olmadığını bilerek yanlış hareket etmek yani doğrusunu bilerek hatalı bir sonucun oluşmasına sebep olmaktır.

Bilmeden uygulanan davranış ya da işlemler ise **ihmaldir**. Bir başka tanıma göre ise ihmal; yapılan iş ve davranışa özen göstermeme, önlem almamadan dolayı oluşan sonuçlardır.

Bir hataya ya da kusura bilgisizlikten, yetersiz veya yanlış bilmekten sebep olma durumunda kişiyi yasal ve hukuki sorumluluktan muaf edemez (Acaroğlu ve Aştı 2000).

Sağlık Hizmetleri Örgütleri Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) tıbbi hataları; “ Sağlık hizmetlerini sunan kişilerin doğru olmayan ve etik çerçeve dışında olan davranış ve uygulamalarda bulunması, mesleki performansının yeterli düzeyde olmaması ve yanlış

sunum sonucu hasta kişinin zarar görmesi'' olarak nitelendirmektedir (JCAHO 2001) (Demir Dikmen ve ark. 2013).

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü 'nün (IOM 1999) tıbbi hata tanımı; planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanmasıdır (Arat 2016).

Sağlık hizmetleri sunan kurumlar hasta bireyin çıkarları doğrultusunda hareket eden işletmelerdir. Ancak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, sağlıkta iş gücünün kompleks doğası, tıbbi süreçler, yararlanılan ileri seviye teknolojiler, multidisipliner çalışma ortamı ve ekip içi iletişim unsurları gibi faktörlere bağlı olarak tıbbi hatalar ve istenmeyen durumlarla karşı karşıya gelmekte, hem hasta bireyler hem de sağlık çalışanları bu olaylardan zarar görmektedirler. Oluşan hatalı uygulama ve davranışlar sonrasında hastaların hastanedeki kalış süreleri artmakta, sağlık hizmeti sunan kurumların masraflarına ek masraflar oluşturmakta, hasta ve ölüm oranları artış göstermektedir. Tıbbi hata oluşması halinde sağlık hizmetlerinde görev yapan kişilerin moral ve motivasyonunda düşme, verimsiz çalışma ve memnuniyetsizlik oluşabilmektedir (Arat 2016).

2.2. Yoğun Bakımda Sedasyon Tedavisi

Hastane servisleri içerisinde yer alan yoğun bakım üniteleri sağlık kurumları arasında kompleks alet ve cihazlarla kaplanmış ve diğer hastane alanlarından yalıtılmış ayrıcalıklı servislerdir (Kavaklı, Uzun ve Arslan 2009).

Diğer bir tanıma göre; yoğun bakım servisi, yaşamsal fonksiyonlarının belirli bir kısmını veya hepsini kaybeden, durumu riskli olan hasta bireylerin yardım edilip düzelmesi için çaba sarf edilen, hastalık ve ölüm oranlarının fazla olduğu, hastanın biyopsikososyal bakımı için ayrıcalıklı çaba gösterilen, üst düzey teknolojisiyle kaplanmış aletlere sahip, günün bütün saatleri hastanın sıkı gözlemi yapılan multidisipliner faaliyet gösteren servislerdir (Erden 2015).

Karmaşık ve önemli sağlık şikayetleriyle mücadele halinde olan hastaların iyileşmesi için uğraşılan yoğun bakım kliniklerinde hemşirelik bakımı hayati olarak ele alabilmesi ve iyi bir bakım sağlayabilmesi için, ilk olarak hastanın sorunlarını belirlemesi, bu sorunlara yönelik girişimlerde bulunabilmesi ve bunu yapabilmesi için

hemşirelik eğitiminde edindiği bilgiyi hasta bakımına entegre ederek kullanması gerekmektedir (Sılay ve Aksoy 2017). Yoğun bakım hemşireliği, ayrıcalıklı eğitimleri ve işlemleri kapsayan, araştırmacı olan ve bunlardan yararlanan bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakım hemşireleri, farmakolojik tedavilerin yapıldığı, tıbbi ekipmanlar desteğinde olan ve ileri yaşam desteği uygulanan hastalara güvenli bir tedavi uygulaması ve bakım uygulayabilmek için bakım vermek durumundadır. Güvenli tedavi uygulaması ve bakım uygulayabilmek için konsantrasyonu yüksek hemşirelere ihtiyaç vardır. Profesyonel bir tutumla hastanede oluşan ya da oluşabilecek sağlık sıkıntıları zamanında saptanabilir. Yoğun bakımda uygulanan bilgi ve uygulamalar, bilim ve teknolojiyle her zaman değişmekte ve yenilenmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, sağlık sistemindeki değişimleri sıkı takip etmelidir (Kavaklı, Uzun ve Arslan 2009).

Yoğun bakım hemşiresinin amacı; kişinin biyopsikososyal ve emasyonel dengesini olabilecek en iyi duruma getirmek ve hayatını doğrudan etkileyen bakımı uygulamaktır. Oluşabilecek en iyi dengeyi sağlamada, planlanan amaç ve sonuçlara ulaşmada, bireyin yaşam süresini artırma ve bu yaşam süresini en iyi şekilde geçirmesine yardımcı olmada iyi tamamlanmış ve uygulanmış bakım önemli bir yere sahiptir (Akın Korhan ve ark 2013).

Yoğun bakımda uygulanan hasta tedavileri; ventilatör, antibiyotik, sedasyon tedavisi ve buna benzer bir çok tedaviyi kapsamaktadır. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için sedasyon tedavisi hayati öneme sahiptir (Akın Korhan ve ark. 2013).

2.2.1. Sedasyonun tanımı

İlaçlar sağlık profesyonellerin belirttiği gibi düzenli ve bilinçli kullanıldığında sağlığın devam ettirilmesi ve geliştirilmesinde vazgeçilmez ürünlerdir. Fakat sağlık profesyonellerinin belirttiği gibi kullanılmadığında sık sık yatışlara sebep oluşturan, maliyeti yükselten, yeni hastalıklar ve ölüme neden olma gibi ciddi riskleri bulunmaktadır. Bu riskleri ortadan kaldırabilmek için ilaç alımında tehlike/yarar ayarı korunmalıdır. İlaç formüllerinin klinik olarak önem ve detayları bilinmelidir (Faydalı 2010). Bütün ilaçlarda olduğu gibi sedasyon tedavisinde kullanılan ilaçlarda niteliklerine uygun kullanılmadığında hastaya beklenen faydayı gösterememesi ve istenmeyen ilaç olaylarına sebep olacaktır (Faydalı 2010).

Sedasyonlar uygulanan ajan türüne ve dozuna göre iki şekilde olmaktadır;

a) Bilinçli sedayon

Hasta koruyucu refleksler üzerindeki etkinliğini devam ettirirken işlem esnasında istenmeyen duyuları tolere edebildiği, sedatif ilaçla sağlanan hali ifade etmektedir. Asıl amaç; hastanın ağrısız rahat ve güvenliğini sağlamaktır. Dokunmak ve sözel olarak verilen uyarılara bilinçli cevap verebilmesi hastanın kendi kontrolü altındadır. Hasta kendi çabalarıyla solunum ve temel yaşam aktivitelerini devam ettirebilmektedir (Akyüz 2008).

American Society Of Anesthesiologists'e (ASA) göre " sedayon ve analjezi (Bilinçli sedasyon) terimi; yeterli kardiyopulmoner fonksiyonu devam ettirirken komut ve taktik uyarılara amacına uygun cevap vermesine izin veren hastanın rahatsız verici prosedürleri tolere etmesine olanak sağlayan durum" olarak tanımlanmaktadır (Çoban ve Özden 2004).

b) Derin sedayon

Hastanın dokunsal ve sözel uyarılara anlamlı cevaplar veremediği, koopere olamadığı durumlar anlamına gelmektedir. Koruyucu refleksler işlev görmeyebilir ve ateş, nabız, tansiyon gibi hayati parametreler düzensizleşir. Temel yaşam aktivitelerini hasta kendi çabalarıyla devam ettiremeyebilir. Genel anesteziye geçiş ihtimali vardır. Bir süreklilik söz konusudur. Genel anestezi ameliyathane sınırları dışında istenmeyen bir durumdur. Bundan dolayı protokollere uymak gerekmektedir (Çoban ve Özden 2004).

Sedatif ajan uygulaması öncesinde hastanın detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. ASA tarafından uygulanan hasta durumunu sınıflandıran en yaygın ve geçerli olan sınıflama olarak kullanılmaktadır.

Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) Hasta Durum Sınıflandırması

ASA Sınıflaması	Hastanın Tıbbi Tanımı
ASA I	Bilinen bir sistemik hastalık yok
ASA II	Orta veya iyi kontrollü sistemik hastalık
ASA III	Birden çok veya orta kontrollü sistemik hastalık

ASA IV	Kötü kontrollü sistemik hastalık(lar) (KKSH)
ASA V	KKSH ölmek üzere olan hasta
E	Acil müdahale gereken hasta

(Godwin ve ark. 2005, Öztürk, Ay, 2000, Cote Wilson 2006, www.virtuna.org)

Bu sınıflamada ASA I ve ASA II olduğu kabul edilen hasta popülasyonlarının risk düzeyi en düşük grupta olduğu ve bilinçli sedasyon uygulanabileceği belirtilmiştir. ASA III sınıfı profilinde olan hastalara bilinçli sedasyon uygulanması için diğer branşlardan konsültasyon istemesi ve konsültasyon sonrası onay alınması gerekmektedir. ASA IV ve ASA V sınıflamasında ki hastalara ise anestezi biriminde ve ya ameliyathane ortamında müdahalesinin yapılması gerektiği belirlenmiştir (Sandal 2010).

Sedasyon tedavisinin yan etkilerini en aza indirmek, hastaya ortay çıkabilecek tepkisizlik durumunu önlemek ve hasta birey için en uygun sedasyon seviyesine ulaşabilmek için hastanın günlük olarak sedasyon seviyesinin değerlendirilmesi ve istenilen sedasyon seviyesi bu şekilde ayarlanması gerekmektedir. Bu sebeple sedasyon tedavisi başladıktan sonra her gün düzenli olarak ilaç kesilmeli ve tedavi için gereken ilaç seviyesi hastanın durumuna göre tekrar ayarlanmalıdır (Sılay ve Akyol 2017). Günlük sedatif ilaçların kesilmesi hastaların ağrı ve anksiyete seviyelerinin sürekli değerlendirilmesi, sedasyonun istenmeyen etkilerinin gözlenmesi ve nörolojik değerlendirmenin yapılabilmesi adına önemlidir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

Plansız ve uzamış sedasyon tedavisinde ise; depresif belirtilerin gelişmesine ve hezeyanların artmasına neden olmaktadır. Özellikle hezeyanlı hafızalar hastalarda stres, anksiyete ve postravmatik stres bozukluklarına yol açabilmektedir. Ayrıca uzamış sedasyon tedavisi ve miktarın artması; mekanik ventilasyon desteğinde geçen sürenin uzamasına buna bağlı olarak da hastanede kalış süresini ve maliyetini arttırmaktadır (Akın Korhan ve ark. 2013).

Sedasyon, hasta rahatsızlığını en aza indirgeyebilmek için sinir sistemi ve refleksleri engellemede farmakolojik ve farmakolojik olmayan yolların kullanımını içermektedir (Çoban ve Özden 2004). Yoğun bakımda yatan hastalarda güvenilir sedasyon seviyelerini belirtmek, bu seviyeye ulaşmak ve devam ettirebilme temel amaçtır. Bu amaca ulaşabilmek için, ideal sedatif ajan, ideal dozda ayarlanabilmesi için

sedasyon seviyesi belirlenirken devamlı ve düzenli olarak titre edilmesi gerekmektedir (Akın Korhan 2013, Yaşar 2006).

Yoğun bakım hastalarında sedasyon tedavisi; hastanın anksiyete, huzursuzluk, ajitasyon ve ağrısını azaltmakta, strese olan yanıtını baskılamakta, depresyonu önlemekte, hafıza kaybı sağlamada, uyku problemlerinin çözmede, konforu sağlamada, hasta-ventilatör uyumunu düzeltmede, hemodinamik dengeyi yakalamaya yardımcı olmakta, kafa içi basıncı dengelemede ve aspirasyon, invaziv işlemlere ve yara pansumanı gibi işlemler sırasında hemşire ve doktora yardımcı olmaktadır (Akın Korhan 2013).

Yoğun bakımda kullanılan sedasyon tedavisinin istenilen etkilerine karşın; mide bulantısı, kusma, kas atrofisi, kas zayıflaması, enfeksiyon risklerinde yükselme, hipotansiyon, bradikardi, koma, solunum arresti, ileus, böbrek yetmezliği, venöz staz, solunum cihazına olan ihtiyacın artması, hasta bakım maliyetinde artış, hastanede kalış süresinde artış, ölüm, psikolojik problemler, oksijen kullanımında artma, hastanın katater, foley sonda, nazogastrik sonda vb. malzemelerin çekmesi ve bunlardan dolayı oluşabilecek postravmatik stres bozukluğuna neden olabilmektedir. Bu sebeple hasta için uygun sedatif ajan ve dozun ayarlanması gerekmektedir (Akın Korhan 2013).

Sedasyon tedavisi için kullanılan ideal bir ilaçta olması gereken özellikler;

Etkisini hızlı göstermesi, istenilen sedasyon seviyesini sağlaması, kesildikten sonra etkisini hızlı bir şekilde ortadan kalkması, uygulanmasının kolay olması, vücutta birikimi olmaması, kardiyovasküler depresyon etkisi minimum olması, solunumu deprese etmemesi, oluşan metabolitleri; böbrek, akciğer ve karaciğer fonksiyonlarından bağımsız olması, etkin metabolitleri olmaması, titre edilen doza bağlı etkileri monitörilize edilebilmesi, kullanılan diğer ilaçlarla etkileşime girmemesidir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

Sedasyonların hasta için endikasyonları ve kontrendikasyonları bulunmaktadır. Sedasyonun endike olduğu durumlar; ağır anksiyete, rahatsız edici ortam, klostrfobi, uzamış invaziv işlemler, ağrılı işlemler boyunca, sedoanaljezi için bölgesel anestezi ile birleştirme veya ağrı kesici ilaçlarla, deliryum, hasta bakımında sağlık profesyonellerinin işini kolaylaştırması için, stres cevabını sınırlandırma, nöbet sayısını ve şiddetinin azaltılmasında (Yaşar 2006).

Sedasyonun avantajları; etki başlama süresinin hızlı olması, titre edilebilmesi, teknik etkinliğin yüksek olması, verilen ajanın etkisinden çıkma süresinin kullanılan diğer tekniklere göre daha hızlı olması, antiemetik etki göstermesi, hipersalivasyonu engellemesi, öğürmeyi azaltması (Akyüz 2008).

Sedasyonun dezavantajları;

- ❖ Hastalarda damar yolu olması gerekmektedir. Bundan dolayı damar yolunun getirdiği riskleri de beraberinde getirmektedir(felebit, hematoma gibi).
- ❖ Minimal dozlarda bile hemodinamik stabiliteyi bozabileceğinden sürekli monitörlizasyon gerektirir.
- ❖ Tam uyanma uzun süreceğinden hastaya yardımcı olacak bir sağlık personeli gerektirmemektedir. Bundan dolayı personel, iş yükü, maliyetin artması gibi sorunlara neden olmaktadır (Akyüz 2008).

2.2.2. Lüzum halinde ilaç kullanımı ve hemşirelik

Sedasyon ilaçlar doktor istemine göre günlük ilaçlar yada hastanın durumuna göre lüzum halinde ilaçlar olarak yazılabilmektedir. Doktor hastanın ağrısına ve hemodinamik stabilitesine göre yapılacak ilacın ismini ve miktarını belirleme, hemşire ise doktor tarafından order edilen ilacı yapıp ve sonrasında hastadaki değişiklikleri gözlemleyip, sonuçları değerlendirme görevine sahiptir. Günlük hastaya düzenli uygulanan ilaçları belirlemede doktor ilaca, miktarına ve miktar aralığına karar verirken lüzum halinde ilaç kullanımında ise verilecek ilaca ve doza doktor karar verip, doz aralığına, ilacın veriliş yoluna ve ilacın verilip verilmeyeceğine hemşire kendi başına karar vermektedir (Sü ve Şahin 2014).

Lüzum halinde ilaç kullanımı hemşirelerin karar verme sırasında ağrı değerlendirmesi yapmaları ve uygulanacak olan ilaç hakkında bilgi sahibi olmaları, olası etki ve yan etkilerini bilmeleri gerekmektedir. Değerlendirme aşamasında ağrının bölgesi, şiddeti, ağrıya sebep olan etmen ve önceki alınan dozun etki süresi gibi etmenlerinde büyük bir dikkatle incelenmesi ve değerlendirilmesi gereklidir (Faydalı 2010).

2.3. Yoğun Bakımda Sedasyon Tedavisi İçin Kullanılan İlaçlar

- Benzodiazepinler (Midazolam, Diazepam)
- Barbitüratlar (Tiopental, Metoheksital)
- Propofol
- Fensiklidin Deriveleri (Ketamin)
- Opidler (Morfin, Meperidine, Fentanly, Remifentanly, Tramadol)
- Antipsikotikler (Haloperidol)
- Santral alfa-agonistleri (klonidin, deksmedetomidin)

2.3.1 Benzodiazepinler

Benzodiazepinler; uykuya, bilişsel hafıza ve motor aktivitelerin kontrollerini etkileyen sedatif ilaç gruplarıdır. Karaciğerde yıkılırlar. Eliminasyon yarı ömürleri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Benzodiazepinler güvenlik aralığı geniş olan ilaç gruplarıdır.

Benzodiazepinler terapötik etkileri oldukça geniştir ve beş ana etkileri vardır.

- 1.Anksiyetenin giderilmesi
- 2.Sedasyon etkisi
- 3.Antikovülzan etki
- 4.Kas gevşemesi
- 5.Hafıza kaybı (amnezi) (Çoban ve Özden 2004).

Benzodiazepinler arasında en sık kullanılan sedatif ajanlar diazem ve midazolam'dır

a) *DİAZEM*: Etki başlama süresi hızlıdır(1-5 dakika).2-4 saat arası etki ederler. Suda çözünmezler. Bundan dolayı etkileri uzun sürer. Karaciğerde yıkılırlar. Yarılanma ömrü yaklaşık olarak 30 saattir. Sedatif olarak kullanıldığında tekrarlı olarak ve infüzyon olarak kullanılmaz. İntravenöz olarak kullanılacaksa 2-10 mg olarak kullanılır. Titre ederek ağır ağır uygulanmalıdır. Kullanım dozları yaşlılarda, bebeklerde, belirgin karaciğer bozukluğu olan kişilerde daha az uygulanmalıdır. En önemli yan etkileri hipotansiyon ve solunum arrestidir. Antagonisti, flumazenildir (Çoban ve Özden 2004, Akyüz 2008, Ay ve Öztürk 2000).

b)MİDOZOLAM: Benzodiazepinler arasında klinik olarak kullanılan ve genel anestezi etkisi olan suda çözünen bir sedatif ilaç türevidir. Karaciğerde yıkılırlar. Diğer benzodiazepin ajanlarına göre kan-beyin bariyerlerini daha hızlı geçerler. İntravenöz uygulandıktan 2- 5 dakika sonra tepe etkisine ulaşırlar. Eliminasyon yarı ömrü 1-4 saat arasındadır. Etki gösterme süresi hızlı ve kardiopulmoner mekanizmaya etkisi azdır.

En önemli yan etkileri solunum arresti ve apnedir. Ağır ağır titre edilerek verilmelidir.

Hastalar midozolam uygulamasından sonra genellikle baş dönmesi şikâyeti belirtirler.

Bilinçli sedasyon dozu 0,03-0,07 mg/kg dır.

Sağlıklı bir kişide anestezi dozu 0,15-0,30 mg/kg dır.

Başlangıç dozu ve ardından uygulanan tekrarlı dozlar en az iki dakika içinde verilmelidir. Bolus dozu uygun değildir.

Yaşlılarda, çocuklarda, karaciğerde belirgin bozukluğu olanlarda, narkotik ilaç kullanan kişilerde doz daha az ayarlanmalıdır. Antagonisti, flumazenildir (Çoban ve Özden 2004, Akyüz 2008, Ay ve Öztürk 2000).

2.3.2. Barbitüratlar

Anestezi alanında çoğunlukla intravenöz olmakla beraber rektal ve intramusküler yolla da uygulanabilmektedir. Verilen miktara göre derin sedasyon, hipnozis, hafıza kaybı ve antikovülsan etkileri vardır. Barbitürat analjezi etkisi yoktur. Sedasyon ve genel anestezi alanında en çok kullanılan formları Tiopental ve Metoheksitaldir (Çoban ve Özden 2004).

Metoheksital'in etkisinin kısa sürmesi, uyanmanın hızlı olması, lokal komplikasyonların diğer barbitüratlara nazaran daha az olması ve hafıza kaybı oluşturması nedeniyle diğer barbitüratlardan üstündür. Etkisi 4-7 dakika arasındadır. Sedatif etki oluşturması için yaklaşık olarak 10-20 mg olarak uygulanır. Kısa işlemler için uygun bir ajandır (Çoban ve Özden 2004, Sandal 2010).

Barbitüratların en önemli yan etkileri; dolaşım ekspresyonu, tromboflebit, laringospazm, brankospazm, iskelet kaslarda hiperaktivite oluşabilmektedir. Barbitüratlarda, bilinçli sedasyon, derin sedasyon ve genel anestezi arasındaki aralıklar oldukça dardır.

İntravenöz olarak kullanılan diğer barbitüratlar; pentobarbital, secobarbital'dir (Çoban ve Özden 2004, Akyüz 2008).

2.3.3. Propofol

Sadece intravenöz formu vardır. Etkisinin başlaması hızlı, etki süresi kısadır. Bilinçli sedasyon, genel anestezinin sürdürülmesinde kullanılır. Kesildiğinde hasta hızlı uyanır ve kalıcı bir etki oluşturmaz. Yaşlılarda ve karaciğer fonksiyonlarında belirgin bozukluğu olan kişilerde doz daha az kullanılır. Propofol karaciğerde parçalanır. Antiemetik etkisi vardır. Propofolu tek başına bilinçli sedasyon olarak kullanmak için 0,75-1,0 mg/kg doz aralığında kullanılmalıdır. Genel anestezinin devamlılığı için ise 2-3 mg/kg doz uygulanması gerekir ve 5-6 dakikada bir tekrarlanmalıdır. Kesildikten 10-20 dakika sonra hasta uyanmaya başlar. Analjezik etkisi yoktur. En önemli ve sık karşılaşılan yan etkileri; solunum ve kardiyak arrest, aniden başlayan hipotansiyon ile bradikardi, myoklonus, tromboflebit ve enjeksiyon yerinde ağrı. Küçük venlerden verilmemelidir (Çoban ve Özden 2004, Akyüz 2008).

2.3.4. Ketamin

Fensiklidin grubunda yer alan bir nonbarbitürat anesteziktir. İntravenöz , intramusküler ,oral, transmukozal ve rektal uygulama seçenekleri vardır. Yağda çözünür. Karaciğerde parçalanır. Eliminasyon yarı ömrü 1- 2 saat arasındadır.

Etki süresi, hızı uygulama formuna bağlıdır. Ketaminin 5 temel etkisi vardır. Sedasyon, hipnoz, disosiyasyon, analjezi ve amnezidir. Ketamin ilacının uygulandıktan sonra hasta transa benzeyen bir hal alır. Gözler açıktır ve uyanık olarak görülür. Fakat sözel ve dokunsal uyarılara yanıt vermez. Çevreden kopmuş gibi bir hal alır. Bu duruma disosiyatif anestezide denir. Hava yolu ve solunum reflekslerini sürdürür. Ketamin kısa ve ağrılı girişimlerde tercih edilir. İntravenöz olarak kullanılacaksa 0,5-1,0 mg/kg 30-60 saniyede uygulanmalıdır. Etkisi 30 saniye civarında başlar. Etki süresi 5-15 dakika devam eder. İntramusküler kullanılacaksa 2-4 mg/kg şeklinde ayarlanır. Hipersalivasyon ve bronkoreye neden olabilir. Solunum arresti nadirdir. Bulantı ve kusma nadiren görülür. Eğer ilaç hızlı şekilde intravenöz olarak uygulanırsa ve uyandırma sessiz bir ortamda gerçekleştirilmezse kişide halüsinasyona sebep olabilir. Ketaminin kontraendike olduğu durumlar; Kişide intrakranial basınçta artış varsa,

iskemik kalp hastalığı bulunuyorsa ve psikiyatrik bir rahatsızlığı varsa kontraendikedir (Çoban ve Özden 2004, Sarıhasan ve Üstün 2013).

2.3.5. Opioid analjezikler

Bu grupta yer alan ajanlar kuvvetli analjezik özelliklerinin yanında santral sinir sistemi üzerinde oldukça sık depresif etkileri vardır. Narkotik analjezikler yüksek dozda uygulandıklarında sersemlik, uyuşukluk, sedasyon hali ve nadiren de stupor haline neden olur. Analjezik etkileri santral sinir sistemine etkilemesinden dolayıdır. Özellikle ağrılı girişimlerde ve hastanın diğer ilaçlarda kesilmeyen ağrıları varsa tercih edilen ilaçlardır. Opioid analjezikler arasında en sık kullanılan ajanlar; morfin, meperidine, fentanly, remifentanly ve tramadoldur (Sarıhasan ve Üstün 2013).

a. Morfin: morfin sülfat en eski narkotik analjeziklerdendir. Analjezi, öfori ve sedatif etkileri bulunmaktadır. İntravenöz uygulandıktan 15-30 dakika sonra pik etkisi gösterir. Karaciğerde parçalanır ve böbrekler yoluyla vücuttan atılır. Sedatif dozu yaklaşık olarak 5-6 miligramdır. Sedasyon halini devam ettirebilmek için 10-15 dakikada bir tekrar uygulanmalıdır. İntravenöz ve intramusküler uygulanırken yavaş verilmelidir. İleri derecede sedasyon haline ve solunum arrestine yol açarsa naloksan uygulanır. En önemli yan etkileri; solunum depresyonu, gastrik retansiyon, üriner retansiyon, (Sarıhasan ve Üstün 2013).

b. Meperidine: Analjezik gücü ve süresi morfine nazaran daha düşüktür ama etkisi daha hızlı başlar. Sedasyon ve öfori etkisi yaratır. İntravenöz olarak uygulandığında etkisi 2-4 dakika sonra başlar. Yaklaşık olarak 35-40 dakika etki gösterir. Karaciğerde çabuk metabolize olduğundan dolayı etki süresi kısadır. Meperidinin analjezik dozu 50 miligramdır. İntravenöz olarak verilirken 0,5-1,0 mg/kg yavaş uygulanarak verilmelidir. Tekrar uygulanacaksa 5-10 dakika beklenmelidir. Günlük en fazla 1.0-3.0 kg/mg uygulanabilir. Spazmajenik etkisi vardır. Öfori, sedasyon, bulantı, kusma, solunum arresti ve direk myokart depresyonuna sebep olabilir. Bunlardan dolayı hemodinamik stabilitesi düzgün olmayan hastalarda tercih edilmez. Meperidine, MAO inhibitörleriyle birlikte kullanıldığında; ajitasyon, rijidite, hiperpreksi, konvülziyon, hipotansiyon, bradikardi, solunum arresti, koma ve ölüme neden olabilir (Çoban ve Özden 2004).

c. Fentanly: Etki başlangıcı hızlı, etki süresi kısa olan opioid analjeziktir. Eliminasyon yarı ömrü 3-4 saattir. İntravenöz olarak uygulandıktan 1 dakika sonra etkisini gösterir.

Pik etkisini 2-3 saat içinde gösterir. Etki süresi yaklaşık olarak 30 – 60 dakikadır. Kısa girişimlerde analjezik olarak kullanılır. Analjezik 1-5 mcg/kg' dır. Solunum arresti yapabileceğinden dolayı monitörize edilip yavaş uygulanmalıdır. Yan etkileri: kaşıntı, bulantı, kusma, bradikardi ve hipotansiyona sebep olabilir. Antagonisti naloksandır (Çoban ve Özden 2004).

d. *Remifentanyl*: Diğer opioid analjeziklere göre üstünlüğü ilacın atılımı, atıldığı organdan bağımsızdır. Bundan dolayı hasta ilacın etkisinden çok hızlı bir şekilde kurtulur. Titre edilebilen bir analjeziktir. Antagonisti naloksandır. Eliminasyon yarılanma süresi 8.8-40 dakikadır. Uygulandıktan sonra etkisinin başlaması hızlı ve kesildikten sonra etkisi hızla kaybolur. En önemli yan etkileri; solunum arresti, kas rijiditesi, apne, bradikardi, hipotansiyondur.

e. *Tramadol*: Sentetik yapıda hem opioid hemde nonopioid olan bir analjeziktir. Diğer opioid analjeziklere göre üstünlüğü; konstipasyon riskinin düşük olması, sedatif etkisinin az olması, solunum arresti yapmaması ve bağımlılığının diğer opioid analjeziklere göre daha düşük olmasıdır. Verilmesi gereken doz aralığından fazla verildiğinde solunum sayısını azaltır. Karaciğerde parçalanır. Vücuttan atılımını böbrekler gerçekleştirir. Karaciğer ve böbrek yetmezliği olan kişiler, yaşlılar ve çocuklarda daha minimal dozlar kullanılmalıdır. En çok görülen yan etkiler; bulantı, kusma, baş dönmesi, ağız kuruluğu, halsizlik, terleme ve hipotansiyondur.

2.4. Sedasyon Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Sedasyon seviyesinin değerlendirilmesinde objektif ve sübjektif olmak üzere iki çeşit yöntem kullanılmaktadır.

2.4.1. Objektif yöntemler

Anestezi işlemlerinde son yıllarda meydana gelen teknolojik yeniliklere paralel ile objektif yöntemlerde gelişmiştir. Bu yeniliklere rağmen geliştirilen yöntemler rutin olarak kullanılmamaktadır (Yaşar 2006).

Bu yöntemler;

Plazma sedatif konsantrasyonu; Yoğun bakımda yatan hastaların sabit bir hemodinamisi olmadığından kullanılan sedatif ajanların cinsi, dozu ve verilmiş

miktarında sık sık değişimler görölmektedir. Hastadan alınan kan numunesinde belirlenen sedatif ajanın düzeyi ile numuneden çıkan sonuç arasındaki zaman zarfında hastanın hemodinamisi değişebilmektedir. Bundan dolayı sedatif ajanların plazma düzeyi ölçümünde sedasyon değerlendirilmesinde tavsiye edilmemektedir (Yaşar 2006).

Frontal elektromyogram: Yoğun bakımda hastalarının sedasyonun düzeyinin belirlenmesinde hassas olmadığı bulunmuştur.

Alt özofagial kontraktilite: Anestezi derinliği ile peristaltik kontraktilite arasındaki bağdan yola çıkılarak uygulanmıştır. Hastalar arası büyük farklılıklar gösterdiği için tavsiye edilmemektedir.

Elektroensefalografi: Sedatif ajanlar birbirlerinden farklı düzeylerde EEG'yi etkilemektedirler ve bunların yorumlanması oldukça zordur. EEG'nin sedasyon skorları ve sedatiflerin plazma oranları ile bağlantısı yoktur. Bu nedenle sedasyon değerlendirilmesinde kullanılması tavsiye edilmemektedir.

BIS monitörizasyonu: Sedasyon oranının ölçümünde hasta başı kullanılabilen ve yoğun bakım ünitelerinde şu anda en sık olarak tercih edilen yöntemdir. Rutin olarak kullanılmaya başlanmamıştır.

İşitsel uyarılmış potansiyeller: En kolay uygulanabilen uyarılmış potansiyel çeşididir. Schulte-Tamburen beş sedasyon skor sistemi ile işitsel uyarılmış potansiyelleri kıyasladığı araştırmasında beş sedasyon skorunun da işitsel uyarılmış potansiyeller arasında korelasyonu göstermiştir (Yaşar 2006).

2.4.2. Subjektif yöntemler

Sedasyon tedavisinin yeterli seviyede olması, hasta konforunun oluşturulması ve uygulanan sedatif ilacın yan etkilerin önlenmesi açısından subjektif yöntemler kritik bir öneme sahiptir. Bundan dolayı sedasyon uygulamasının oluşturulmuş protokoller kapsamında uygulanması ve doğru skalalar ile monitörizasyonunun yapılması gerekmektedir. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hasta için subjektif yöntemler kritik öneme sahiptir. Hasta başında uygulanabilecek ve sonucuna göre sedatif ilaç dozunun titre edilmesi için çeşitli skalalar oluşturulmuştur (Akın Korhan 2012).

Yoğun bakım hastalarının sedasyon ihtiyaçlarının belirlenmesinde: Ramsey Sedasyon Ölçeği, Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği, Riker Sedasyon Ajitasyon Ölçeği, Richmond Sedasyon Ajitasyon Ölçeği, Brüksel Sedasyon Ölçeği, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği Sedasyon Değerlendirme Ölçeği en sık kullanılan ölçeklerdir (Akın Korhan 2012).

Ramsey Sedasyon Ölçeği: Ramsey tarafından geliştirilen ölçek, kişinin uyku ve uyanıklık düzeyini değerlendirmektedir. Sedasyon seviyesini 1 ile 6 arasında puanlandırarak değerlendirilir. Puanın yükselmesi sedasyona duyulan ihtiyacın arttığını göstermektedir (Sılay ve Akyol 2017).

Ramsay Sedasyon Ölçeği

Düzyey 1: Uyanık, tedirgin, ajite, huzursuz hasta

Düzyey 2: Uyanık, koopere, oryante ve sakin hasta

Düzyey 3: Sadece emirlere yanıt veren hasta

Düzyey 4: Uyuyan, glabellaya vurmakla hızlı yanıt veren hasta

Düzyey 5: Uyuyan, uyarılara yavaş yanıt veren hasta

Düzyey 6: Ağrılı uyarana yanıtsız hasta (Sılay ve Akyol 2017).

Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği: Yoğun bakımda tedavi gören hastaların sedasyon ve ajitasyon seviyesini belirlemek için Devlin ve ark. (1999) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; cevapsız, yalnızca ağrılı uyarana cevap verme, dokunma ya da ismine cevap verme, sakin ve koopere, huzursuz ve koopere, ajite ve tehlikeli olarak ajite ve koopere değil olmak üzere 6 maddeden oluşmaktadır. 0 ile 6 puan arasında değerlendirilmektedir. Sıfır puan, hastanın ileri derecede, 1-2 puan hafif derecede sedasyonda olduğunu, 3 puan sakin ve huzurlu, 4-6 puan ise hastanın huzursuz ve ajite olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi huzursuzluk ve ajitasyonun derecesinin yükseldiğini belirtmektedir. Yapılan araştırmalarda yoğun bakım servislerinde uygulanmasının güvenilir olduğu saptanmıştır (Akın Korhan 2012).

Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği

Skor 6 → Tehlikeli ajite

Skor 5 → Ajite

Skor 4 → Huzursuz ve koopere

Skor 3 → Sakin ve koopere

Skor 2 → İsmi söylendiğin de, dokunulduğunda yanıt veriyor

Skor 1 → Sadece ağrılı uyaranla yanıt veriyor

Skor 0 → Yanıtsız (Akın Korhan 2012).

Riker Sedasyon Ajitasyon Ölçeği: Riker ve ark. (1999) tarafından geliştirilen, yoğun bakım hastasının sedasyon ihtiyaç seviyesini saptamak için hemşireler ve sağlık personeli tarafından kullanılсын diye tasarlanmıştır. Ölçek, hastanın davranışlarını ve hareketlerini değerlendirerek hastanın ajitasyonunu belirlemek için 7’li puanlama sistemine göre ayarlanmış bir ölçektir. Hastaların analjezi durumu oluşturulduğunda ve fizyolojik değerler düzeltildiğinde, sedasyon skorları riskli hastalarda geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Riker Sedasyon Ajitasyon Ölçeği ile değerlendirilebilir. Tedaviyi zorlaştıran ajitasyon için tavsiye edilen sedasyon seviyesi 3-4 iken, mekanik ventilasyon için tavsiye edilen sedasyon seviyesi 2-3 olmalıdır. Her hasta için sabah vizitlerinde bir sedasyon puanı belirlenip, hastanın o sedasyon seviyesinde tutulmasıdır.

Riker Sedasyon Ajitasyon Ölçeği

Skor 7 → Tehlikeli ajite

Skor 6 → Çok Ajite

Skor 5 → Ajite

Skor 4 → Sakin ve koopere

Skor 3 → Sedatize

Skor 2 → Çok sedatize

Skor 1 → Yanıtsız (Sılay ve Akyol 2017).

BRÜKSEL SEDASYON ÖLÇEĞİ:

Düzyey 1: Uyandırılmayan

Düzyey 2: Sözel uyarıya yanıtız, ağırlı uyarıya yanıt var

Düzyey 3: Sözel uyarıya yanıt var

Düzyey 4: Uyanık ve sakin

Düzyey 5: Ajite (Akın Korhan 2012).

Richmond Sedasyon Ajitasyon Ölçeği: Richmond Ajitasyon-Sedasyon Ölçeği Sessler ve ark. (2002) tarafından yoğun bakım doktorları ve hemşirelerinin ortak işbirliği ile geliştirilmiş ve gruplar arasında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, hastanın anksiyete ve ajitasyonu 4 düzeyde, sedasyonunu 5 düzeyde ve uyanıklılığını 1 düzeyde değerlendiren 10 puanlık bir ölçektir.

Richmond Sedasyon Ajitasyon Ölçeği

Skor +4 → Boğuşma halinde

Skor +3 → Çok ajite

Skor +2 → Ajite

Skor +1 → Huzursuz

Skor 0 → Uyanık ve sakin

Skor -1 → Uykulu

Skor -2 → Hafif sedatize

Skor -3 → Orta derecede sedatize

Skor -4 → Derin sedatize

Skor -5 → Uyandırılmaz (Akın Korhan 2012).

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği:

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin (2005), yoğun bakım hastalarında sedasyon yönetiminin kritik bir öneme sahip olduğu görüşünden hareketle ve diğer kullanılan mevcut sedasyon ölçeklerinin yetersizliğinden dolayı oluşturulan ölçektir. Ölçek, sedasyon yönetiminde doğrudan etkili olduğu düşünölen 5 alt ölçek planlanarak

oluşturulmuştur. Bu alt ölçek başlıkları; bilinç, ajitasyon, anksiyete, uyku ve hasta-ventilatör uyumu şeklindedir. Ajitasyon alt ölçeği kendi içinde vücut hareketleri hasta / personel güvenliği, hastanın sesleri ve hastanın ifadeleri, uyku alt ölçeği ise gözlenen uyku ve hastanın algıladığı uyku kalitesi alt başlıkları şeklindedir. Ayrıca, anksiyete ve uykunun değerlendirilmesinde evrensel olan yüz mimikleri kullanılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, her bir alt ölçek kendi içinde değerlendirilmektedir. Bu alt ölçeklerin değerlendirmeleri için 1'den 5'e kadar belirlenmiş bir puanlama tablosu bulunmaktadır. En iyi durum 1 puan ile en kötü durum ise 5 puanı ile ifade edilmektedir (Akın Korhan 2012).

2.5. Sedasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

2.5.1. Hemşirelik

Türk Hemşireler Derneğinin tanımına göre; hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Ünal 2008).

Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı görevlerini yerine getirerek hemşirelik yasasının verdiği görev, yetki ve sorumluluklar başta olmak üzere yasa ve yönetmeliklerle görevini yapmaktadırlar. (Aygın, Cengiz 2011). Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları gün geçtikçe artmakta ve değişmektedir. Bu görev, yetki, sorumluluk ve bireysel felsefesini, hemşirelik mesleğinin felsefesi ile harmanlayarak, meslekten önce edindiği eğitim ve meslekten edindiği tecrübeleriyle, ahlaki, etik kuralları ve hasta haklarını koruyarak görevlerini yerlerine getirmektedir (Kuğuoğlu ve ark 2009). Amerikan Hemşireler Birliği Yönergesi hasta haklarını savunma ve korunmada hemşirenin görevleri olduğunu ve hemşirelerin kanunen hastaya yapacağı herhangi bir işlemde yeterli bir bilgi düzeyine sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Hemşireliğin görev tanımları arasında ilaç uygulamaları kritik bir öneme sahiptir. İlaç uygulaması disiplinler arası çalışmayı kapsayan bir süreçtir. Bu süreç; hasta kişinin

doktor tarafından muayene edilip, order verilmesiyle başlayan, order edilen ilacın hemşire tarafından uygulanıp, kayıt edilmesi ve oluşacak etkilerin takip edilmesiyle sonlanmaktadır (Aygın ve Cengiz 2011).

Hemşirelerin ilaçlarla ilgili farmakolojik olarak yeterli bilgi ve donanımda olması, oluşabilecek yan etkilere karşı hazırlıklı olması ve yapılması gereken uygulamalarda karar verebilecek bilgi ve beceriye sahip olması, aldığı önlem ve uygulamaların arkasında durabilmesi gerekmektedir. Hemşire ilaçların order edilip, uygulanması ve devamındaki gözlem aşamasında rol ve sorumluluklarını yerine getirmesiyle hatalı işlem ihtimalini en alt seviyeye indirecektir (Aygın, Cengiz 2011).

Hemşireler ilaç uygulamaları sürecinde hemşirelik yönetmeliğinde belirlenen görev, yetki ve sorumluluklarına göre hareket etmelidirler. Bu sorumluluklar şu şekilde ifade edilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği [HY],2010: Madde 6c ,6ç, 6d, 6e).

- Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastada beklenmeyen veya ani olarak gelişen etkiler ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında hekimin hasta sağlığına yönelik tıbbi istemini kabul etmek. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli önlemleri almak.
- Hastaya lüzumu halinde uygulanmak amacıyla hekim tarafından order edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslar ve kurallara uygun olarak sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirmek.
- Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini fark ettiği durumlarda, hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygulamak.
- Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemek, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirmek ve gerekli önlemleri almak olarak tanımlanmıştır.

Hemşirelerin ilaç uygulama ilkelerini bilmesi, ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını sağlar. İlaç uygulama hatalarını önlemek ve ilacı güvenli bir şekilde hastalara uygulamak için 8 doğru kuralına uymak önemlidir (Çelik 2016). Bu doğrular;

1.Doğru Hasta; hastanın adı soyadı, protokolü veya doğum tarihi doğrulanmalı, isim bileziği kontrol edilmelidir.

2.Doğru İlaç; ilacın jenerik ve satış ismi bilinmelidir. İlaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır. Etiketini tam olarak okunmayan ilaçlar kullanılmamalıdır. İlaç üzerindeki etiket; ilacı dolaptan alırken, ilacı kadehe koymadan önce ve ilacı rafa kaldırırken olmak üzere üç defa okunmalıdır.

3.Doğru Etki; ilacın beklenen etkisi ve yan etkisi bilinmelidir. İlacın başka ilaçlarla ya da besinlerle etkileşimi olup olmadığı bilinmelidir. Beklenmeyen etki oluştduğunda hekim uyarılmalıdır. İlaç uygulama saatlerinin skalasını hazırlarken ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerini de göz önünde bulundurulmalıdır.

4.Doğru Doz; çocuk ve yetişkinlere verilecek ilacın minimum ve maksimum dozları çok iyi bilinmelidir. Doğru şekilde hesaplama yapılmalı, gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.

5.Doğru Yol; bazı ilaçlar birkaç yolla verilebilir. İlacın veriliş yolu hekim isteminde belirgin olmalıdır.

6. Doğru İlaç Formu; aynı ilacın birden fazla formu olabilir, doğru form olmasına dikkat edilmelidir (kapsül, tablet gibi).

7.Doğru Zaman; verilecek olan ilaçlar verilme saatinden (10-15dk) önce uygun bölmelerden alınmalıdır. İlaçlar genelde planlanan uygulama saatinden yarım saat önce ve yarım saat sonra olmak üzere bir saatlik zaman diliminde verilebilir. Sabah/öğle/akşam gibi günde 3 kere verilen ilaçlar hastanın yatma/kalkma alışkanlıklarına göre ayarlanabilir. Saatlik ilaçlar dakik verilmelidir.

8.Doğru Kayıt; verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşılabilecek yanlışıların önlenmesi için ilacı veren hemşirenin tedavi defteri veya hemşire gözlem kâğıdına ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır (Aygin, Cengiz 2011).

2.5.2. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları

Doktor orderinin alınması, ilaçların gelmesi, kontrolü, hazırlanıp hastaya uygulanmasında hemşirelerin rolü büyüktür. Bu nedenle; çoğu ilaç uygulama hatası vakasında ilk olarak hemşireler zor durumda kalırlar. Hataların en çok görüldüğü kısım ilacın uygulanma evresidir. Bu nedenle hemşirelik eğitim sisteminde ilaç uygulamaları kısmına detaylı yer verilmekte ve önemi vurgulanmaktadır (Aygin, Cengiz 2011).

Hemşireden kaynaklanan ilaç uygulama hataları; yasal ve hukuki olmayan ordere göre ilacın uygulanması, görünüş ve okunuştaki benzerlikten dolayı yanlış ilaç uygulanması, yanlış doz ilaç uygulanması, ilaç prospektüsüne uygun hareket edilmemesi, doz atlanması ve uygulanacak olan ilacın unutulması şeklindedir (Aygin, Cengiz 2011).

Hemşirelerin yetki ve sorumlulukları ilaç uygulamasının ilerisindedir. İlaçların isteminden, hazırlanıp uygulanmasına kadarki süreçte hasta bireyin güvenliğinin sağlanması ana önceliktir. İlaç uygulamalarıyla ilgili olarak hemşirenin görevleri; uygulanacak olan ilaç hakkında donanımlı bir bilgiye hakim olma, ilaçları hataya yer vermeyecek bir biçimde uygulama, uygulanan ilacın hasta üzerindeki etkilerinin izleyip kaydetmeyi ve kullanılan ilaç hakkında hastayı bilgilendirmektir (Aygin, Cengiz 2011).

Hemşirelerin rolü sedatif ilacı uygulamadan çok daha fazladır. Sedatif ilacın uygulanmaya hazır hale getirilmesi ve uygulanmasında hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir (Sılay ve Akyol 2017). Yoğun bakım kliniklerinde gerekli olan sedasyon dozunun sağlanması, ağrının dindirilmesi, anksiyetenin önlenmesi, deliryumun önlenmesi ve eğer oluşmuşsa tedavisi, hasta rahatının sağlanması ve devam ettirilmesi en önemli amaçlardan bir tanesidir. Bu nedenle kullanılan sedasyon; hastanın amnestik, hiptonik ve anksiyolitik gereksinimlerini karşılayarak, analjezi durumunu tahmin ederek gerçekleştirilir (Sılay ve Akyol 2017).

Sedasyon ve Analjezi Yönetiminde Temel İlkeleri;

- 1) Yoğun bakım kliniklerinde sedasyon ve analjezi yönetimi için multidisipliner olarak planlanmış bir yaklaşım oluşturulmalıdır.
- 2) Hasta takibi ve değerlendirilmesi sürekli geliştirilmeli ve yoğun bakım ortamı oluşturulabilecek en iyi duruma getirilmelidir.
- 3) Hasta gözlemi ve değerlendirilmesi sürekli olmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

- 4) Hasta odaklı yapılandırılmış yönetim planları uygulanmalıdır.
- 5) Tedavi amaçlı olarak sedasyonların kesilmesi gereken halleri bilmek ve iyileştirmek için girişimde bulunulmalıdır.
- 6) Gereğinden fazla miktar sedasyonu ve weaning zorluğuna engel olmak için sedatif ilaçların her gün kesilmesi ve aralıklı verilen sedasyon uygulama şekli denenmelidir (Sılay ve Akyol 2017).

Sedasyon protokolleri; yoğun bakım kliniğinde sedatif ve analjezik ajanların etkin plazma değerine gelmeden belirli aralıklarla değiştirilmesini veya gerektiğinden fazla miktar verilmesini engellemek, hemşirelerin ve doktorların organize bir şekilde sedasyonu yönetmelerine yardımcı olmak için oluşturulmuştur (Sılay ve Akyol 2017). Yoğun bakım kliniğinde uygun sedatif ilacın seçilmesi sedasyon yönetiminde en önemli konulardan bir tanesidir. Sedatif bir ilacın uygulanması durumunda ilaca, dozuna, aralığına doktor hastanın durumuna göre karar vermektedir (Sılay ve Akyol 2017).

Uygun bir sedatif ilaç bulunmamakla beraber sedatif ajanlar tercih edilirken; etki süresi hızlı başlayan ve az süren, diğer kullanılan ilaçlarla etkileşime en az giren, beslenmesini minimal düzeyde etkileyen ve maliyeti minimal olan ajanlar tercih edilmelidir. Bu tanımlamaya uyan bir ajan olmadığı için uygulamada bir protokol yoktur (Sılay ve Akyol 2017). Sedasyon seviyelerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesini amaçlayan çeşitli kaynaklar bulunmasına rağmen, bütün yoğun bakım kliniği kendi şartlarına, yapısına ve popülasyonuna göre değişiklikler oluşabilmektedir. Uzun süreli kullanılan (1 hafta) sedatif infüzyonu veya yüksek miktarda opioid, benzodizepin ve propofol kullanılmasında çekilme sendromu meydana gelebileceği düşünülerek dozun kademeli olarak azaltılıp, kapatılması gerekmektedir (Sılay ve Akyol 2017). Bir önemli durum ise; sedasyon ve analjezi ajanının esnek olması, kesildikten sonra etkisinin kısa sürede bitmesi ve hastada oluşturulmak istenilen sedasyon ve analjezi seviyesini kısa sürede oluşturulmasıdır (Sılay ve Akyol 2017).

Mekanik vantilatör cihazına bağlı hastalar için ideal sedasyon ayarının uygun bir şekilde ayarlanması kritik öneme sahiptir. Sedasyon yönetimi sadece multidisipliner değerlendirmeyi ve karar vermeyi değil, bunun yanında hemşireler tarafından bağımsız değerlendirme ve hastayı değerlendirip karar vermeyi de gerektirir. Bu nedenle yoğun bakım hemşireleri hastanın ideal sedasyon seviyesini ve uygulanacak olan dozu belirlemek için iyi bilgi ile donanımlı olmalı ve bu bilgiyi klinik düzeyde kullanabilmelidir (Akın Korhan 2012)

Sedasyon Yönetiminde Hemşirelik Bakım Alanları

Hasta Hijyeni, Deri ve Mukoza Bütünlüğünün Korunması: Verilen sedatif ajanlar sonucu sedatize edilen yoğun bakım hastalarında deri bütünlüğünün bozulmaması, deri bitlerinin oluşmaması için gereken önlemler alınmalıdır. Bu nedenle hasta bakımı hemşire tarafından kaliteli ve düzgün yapılmalıdır (Sılay ve Akyol 2017).

İnvaziv Girişimler: İşlemler yoğun bakım hastasının gözlem ve takibinde kaçınılmazdır. Yoğun bakım hemşireleri birçok invaziv işlemi yapmasalar da hepsinin takibi, bakımı ve devamlılığında önemli bir role sahiptir. Bunlardan bazıları; üriner sonda trakeostomi, santral venöz katater, diyaliz katateri gibi önemli invaziv işlemlerin uygulanması ve bakımda steril kurallara göre belirtilen şeklide yapılmalıdır (Sılay ve Akyol 2017).

Hasta İzolasyonu: Hastanın servis içerisinde enfeksiyon ve enfeksiyon riski göz önünde bulundurularak yerleştirilmesi ve koruma önlemlerinin alınması dikkat edilmesi gereken bir faktördür. Yoğun bakım ortamını enfekte ettiği düşünülen hastanın serviste eğer varsa enfeksiyon giriş çıkışına karşı korumalı odaya alınması gerekmektedir. İzolasyon odası eğer yoksa hastanın takip ve bakımının tek bir kişi tarafından yapıp diğer hastalara bulaştırma riski en alt düzeye çekilmelidir. Servis içindeki diğer hastalar bu enfeksiyon ajanından korunmalıdır (Sılay ve Akyol 2017).

Medikal Tedavi Yöntemleri: Yoğun bakım servisinde ilaç tedavileri hemşireler tarafından yapılmaktadır. Hekim kararı ile yapılan bütün intravenöz, intramuskuler, inhalasyon tedavisi, beslenme ve tolerasyon takibi, perfüzyonla gönderilen ilaçlar, elektrolit takviyeleri, kolloid replasmanları vb. uygulamalarda hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bunun için işlem yapılacak ekipmanların steril olduğundan emin olunmalı, ilaç ajanlarının etkileşim mekanizmasına hakim olunmalı, doğru hasta, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç ve doğru doz uygulandığından emin olunmalıdır. Yapılan sedasyon tedavisinin belirlenen protokolleri bilinmelidir

Monitörizasyon: Hemşireler monitörizasyon sistemine hakim olmalı, sistemin sürekli çalışır durumda olmasını sağlamalı, akış düzenini takip etmeli, günlük olarak sistemi denetlemeli ve devamlılığını sağlamalı, steril kurallara göre devamlılığını sağlamalıdır (Sılay ve Akyol 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin bilgi düzeyi / puanı

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı altı hastanede yapılmıştır. Bu hastanelerden beşi eğitim ve araştırma hastaneleri oluştururken, bir tanesini ise devlet hastanesi (Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Üsküdar Devlet Hastanesi) oluşturmaktadır. Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ise çalışma yapılmasını kabul etmemiştir. Bu hastaneler farklı sayılarda yatak kapasitesine sahip anestezi ve reanimasyon yoğun bakım üniteleriyle hizmet vermektedirler. Yapılan bu çalışma hastanelerin anestezi ve reanimasyon kliniklerinde görev yapan hemşirelerden oluşmaktadır. Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım üniteleri, hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne bağlı toplam 305 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, altı hastanenin yoğun bakım ünitesinde görev yapan 305 hemşireden oluşmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup; etik kurul ve kurum

izninden sonraki üç ayda çalışmaya katılmayı kabul eden 274 hemşireye ulaşılmış ve çalışma yapılmıştır. Veriler 8 Ocak – 18 Şubat 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Tablo 1: Araştırmanın Yapıldığı Kurumların Katılımcı Dağılımı (N:274)

	S	(%)
Dr. Siyami Ersek Kalp Ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi	63	23,0
Haydarpaşa Numune Hastanesi	49	17,9
Sultan Abdulhamithan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	51	18,6
Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	17	6,2
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	65	23,7
Üsküdar Devlet Hastanesi	29	10,6

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler literatür incelenerek araştırmacı tarafından geliştirilen iki anket formuyla toplanmıştır.

1. Hemşireleri tanıtıcı özellik formu: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin; yaş, meslekteki çalışma yılı, eğitim düzeyi, kurumdaki çalışma yılı, yoğun bakımdaki çalışma süresi, hizmet içi eğitim durumları gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik bilgi toplamayı amaçlayıp yedi maddeden oluşan bir formdur.

2. Sedasyon Yönetimi İle İlgili Bilgi Düzeyi Formu: Bu form araştırmacı tarafından geliştirilen ve uzman görüşü alınarak düzenlenen 25 maddeden oluşmuştur. 1'den 20'ye kadar olan sorular (toplam bilgi) 2 puan; doğru yanlış soruları (toplam uygulama) 1 puan; 22, 23, 24 ve 25'inci sorular ise (toplam uygulama) 3'er puandır. Toplam bilgi ve toplam uygulama soruları ayrı ayrı değerlendirilip puanlandırılacaktır. Soruların tümünü doğru cevaplayan hemşire 60 puan alacaktır. Anket formunun doldurulması yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir. Soruların ağırlığına göre puanlama yapılmıştır. Formun içeriği ile ilgili uzman görüşü alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 8 Ocak – 18 Şubat 2018 tarihleri arasında sırasıyla; ilk hafta Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ikinci hafta Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üçüncü hafta Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dördüncü hafta Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi beşinci hafta Sağlık Bilimleri Üniversitesi Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, altıncı hafta Üsküdar Devlet Hastanesi'nde veriler toplanmıştır. Tüm veriler araştırmacı tarafından hemşirelerden gönüllü onam alınarak birebir görüşme ile toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada öncelikli olarak hemşirelere yönelik tanıtıcı özelliklerin dağılımını gösteren istatistiklere yer verilmiştir. Çözümlemelerde iki değişkenin karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla değişkenin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ANOVA testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen durumlarda non-parametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki den fazla değişkenle ilgili karşılaştırmalarda farklılıkların kaynağını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz olarak LSD testi kullanılmıştır. İkişerli gruplar arasında Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir ve uygulanan sonuçlar bu doğrultuda değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruldan, araştırmanın yapılacağı kurumlardan izin ve katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 1: Araştırmanın Yapıldığı Kurumların Katılımcı Dağılımı (N:274)

	S	(%)
1. Kurum	63	23,0
2. Kurum	49	17,9
3. Kurum	51	18,6
4. Kurum	17	6,2
5. Kurum	65	23,7
6. Kurum	29	10,6

Araştırmaya katılan hemşirelerin %23'ü (n=63) 1. Kurumda , %17,9'u (n=49) 2. Kurumda, %18,6'sı (n=51) 3. Kurumda, %6,2'si (n=17) 4. Kurumda, %23,7'si (n=65) 5. Kurumda ve %10,6'sı (n=29) 6. Kurumda çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 2: Hemşire Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:274)

Tanıtıcı Özellikler	Sıklık	Yüzde		Sıklık	Yüzde
Yaş Ortalaması ($\bar{x}=26,21$)			Toplam Görev Süreleri		
23 yaş ve altı	58	21,2	1 yıl ve altı	96	35
24-26 yaş	123	44,9	2-4 yıl	95	34,7
27-30 yaş	60	21,9	5-7 yıl	53	19,3
31 ve üstü yaş	33	12	8 ve üzeri yıl	30	10,9
Kurumda Çalışma Yılı			Birimde Çalışma Yılı		
1 ay - 3 yıl	202	73,7	1 yıl ve altı	136	49,6
4-6 yıl	53	19,3	2 yıl	54	19,7
7 ve üstü yıl	19	6,9	3 yıl	42	15,3
Eğitim Durumu			4 yıl ve üstü	42	15,3
Lise	60	21,9	Sedasyon Eğitim Alıp Almadıkları		
Önlisans	9	3,2	Evet	79	28,8
Lisans	199	72,6	Hayır	195	71,2
Yüksek lisans	6	2,1			

Tablo 2 incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık yarısının (%44,9)'u 24-26 yaş aralığında olduğu, %73,7'sinin üç yıldan az süredir kurumda çalıştıkları, %35'inin bir yıl ve daha az süredir, %34,7'sinin 2-4 yıl arasında görevde bulunduğu, %72,6'sının lisans mezunu olduğu, %71,2'sinin sedasyon eğitimi almadığı görülmektedir.

Tablo 3: Hemşirelerin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Dağılımı

		N	\bar{x}	Std. Sapma	f	p
Toplam Bilgi Puanı	1. Kurum	63	22,79	6,52	5,361	,000
	2. Kurum	49	24,39	6,77		
	3. Kurum	51	23,81	3,75		
	4. Kurum	17	23,18	4,06		
	5. Kurum	65	23,66	4,72		
	6. Kurum	29	18,28	5,41		
Toplam Vaka Puanı	1. Kurum	63	9,90	3,60	1,357	,241
	2. Kurum	49	9,79	2,48		
	3. Kurum	51	10,62	2,36		
	4. Kurum	17	11,17	1,55		
	5. Kurum	65	10,93	3,45		
	6. Kurum	29	10,10	4,11		

Tablo 3’de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin sedasyon yönetimine bilgi puan ortalamaları puanların katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösterdikleri için parametrik testlerden ANOVA testi yapılmıştır. Kurumlara göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($f=5,361$; $p<,05$) Bu farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizlere geçilmiştir. Bu amaçla yapılan LSD testi sonucuna göre, 6. Kurumun sedasyon bilgi puanının diğer hastanelere göre daha düşük olduğu, 2. Kurumun ise sedasyon bilgi puanının en yüksek kurum olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka puanlarının ise kurumlara göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. ($f=1,357$; $p>,05$) Yine LSD testi sonucuna göre, toplam bilgi puanlarının 1. Kurumun diğer hastaneler ile aralarında fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Hemşirelerin Yaş Dağılımına Göre Bilgi Ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı

		N	\bar{x}	Std. Sapma	f	p
Toplam Bilgi Puanı	23 ve altı	58	21,86	4,03	7,062	,000
	24-26	123	22,17	5,45		
	27-30	60	23,85	4,93		
	31 ve üstü	33	26,66	8,34		
Toplam Vaka Puanı	23 ve altı	58	9,51	2,54	3,442	,017
	24-26	123	10,26	2,83		
	27-30	60	10,70	3,23		
	31 ve üstü	33	11,60	4,52		

Tablo 4’de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların hemşirelerin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösterdikleri için parametrik testlerden ANOVA testi yapılmıştır. Hemşirelerin yaşlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($f=7,062$; $p<,05$) Bu farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc LSD testi yapılmıştır. LSD testi sonucuna göre, toplam bilgi puanlarının yaş gruplarına göre, 31 ve üstü yaş grubu ile diğer yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Diğer yaş grupları ise aralarında fark olmadığı görüşmüştür. Toplam vaka puanlarına göre ise, 23 ve altı yaş grubu ile 27-30 yaş grubu ve 31 üstü yaş grubu arasında anlamlı fark bulunurken, 24-26 yaş grubu ile 31 ve üstü yaş grubu arasında da anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimdeki Görev Sürelerine Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puan Dağılımı

		n	\bar{x}	Std. Sapma	f	p
Toplam	1 ve altı	136	21,69	4,78		
Bilgi	2	54	23,31	5,31	6,988	,000
Puanı	3	42	24,04	5,64		
	4 ve üstü	42	25,90	7,54		
Toplam	1 ve altı	136	10,03	2,78		
Vaka	2	54	10,42	3,18	1,542	,204
Puanı	3	42	10,50	3,01		
	4 ve üstü	42	11,21	4,18		

Tablo 5’de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösterdikleri için parametrik testlerden ANOVA testi yapılmıştır. Hemşirelerin toplam bilgi ve vaka puanlarının çalıştıkları birimdeki görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($f=6,988$; $p<,05$) Bu sonucun ardından farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizlerden LSD testi yapılmıştır. Bu sonuca göre, toplam bilgi puanlarının çalıştıkları birimdeki çalışma yılları arttıkça arttığı söylenebilir. Toplam vaka puanlarının ise çalıştıkları birimdeki çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($f=1,542$; $p>,05$). Yapılan LSD testi sonucuna göre, toplam bilgi soruları puanlarının katılımcıların birimdeki çalışma yıllarına göre, 1 ve altı ile 3 ve 4 yıl üstü çalışanlar yanında, 2 yıl ve 4 yıl üstü çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka soruları puanlarına göre ise, 1 ve altı yıl çalışanlar ile 4 ve üstü yıl çalışan gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu diğer gruplar arasında ise fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6: Hemşirelerin Toplam Görev Sürelerine Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı

		N	\bar{x}	Std. Sapma	f	p
Toplam	1 ve altı	96	21,41	4,66		
Bilgi	2-4	95	23,48	5,05	6,102	,000
Puanı	5-7	53	23,32	5,71		
	8 ve üzeri	30	26,13	8,58		
Toplam	1 ve altı	96	9,93	2,70		
Vaka	2-4	95	10,13	2,92	2,920	,035
Puanı	5-7	53	10,79	3,04		
	8 ve üzeri	30	11,70	4,75		

Tablo 6’da görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların hemşirelerin toplam görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla normal dağılım gösterdikleri için parametrik testlerden ANOVA testi yapılmıştır. Hemşirelerin toplam görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($f=6,102$; $p<,05$) Bu sonucun ardından farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc LSD testi yapılmıştır. Toplam vaka puanlarının ise hemşirelerin toplam görev süresine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($f=2,920$; $p<,05$). LSD testi sonucuna göre, toplam bilgi puanlarının hemşirelerin çalışma yıllarına göre, 2-4 yıl arası çalışanlar ile 5-7 yıl arası çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı diğer gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka puanlarına göre ise, 1 ve altı yıl çalışanlar ile 8 ve üstü yıl çalışan gruplar ile 2-4 yıl arası çalışanlar ile yine 8 ve üzeri yıl arası çalışanlar arasında anlamlı bir fark olduğu diğer gruplar arasında ise fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 7: Hemşirelerin Kurumlarında Çalışma Yıllarına Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı

	Kurum Çal. Yılı	N	Ortalama	X ²	p
Toplam	0-3	202	125,56		
Bilgi	4-6	53	161,19	20,824	,000
Puanı	7 ve üstü	19	198,34		
Toplam	0-3	202	130,23		
Vaka	4-6	53	140,63	16,267	,000
Puanı	7 ve üstü	19	206,08		

Tablo 7’de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların hemşirelerin kurumdaki görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gruplar normal dağılım göstermediği için non parametrik testlerden Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Hemşirelerin toplam görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($X^2=20,824$; $p<,05$) Sıra ortalama değerlerine bakıldığında yedi ve üstü yıldır kurumunda çalışanların toplam bilgi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, üç ve daha az yıldır kurumunda çalışanların ise toplam bilgi puanları en düşük olan grup olduğu belirlenmiştir. Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin toplam vaka puanlarından aldıkları puanların hemşirelerin kurumdaki görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Sıra ortalama değerlerine bakıldığında yedi ve üstü yıl kurumlarında çalışanların toplam vaka puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, üç ve daha az yıldır kurumunda çalışanların ise toplam vaka puanları en düşük olan grup olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8: Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı

	Eğitim	n	Ortalama	X ²	p
Toplam	Lise	60	138,63		
Bilgi	Önlisans	9	85,44	4,908	,179
Puanı	Lisans	199	138,59		
	Yüksek Lisans	6	168,25		
Toplam	Lise	60	135,91		
Vaka	Önlisans	9	137,22	,286	,963
Puanı	Lisans	199	137,50		
	Yüksek Lisans	6	153,92		

Tablo 8’de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların hemşirelerin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gruplar normal dağılım göstermediği için non parametrik testlerden Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin toplam bilgi puanlarının eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. ($X^2=4,908$; $p>,05$) Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin toplam vaka puanların hemşirelerin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. ($X^2=,286$; $p>,05$)

Tablo 9: Hemşirelerin Kurumlarında Sedasyon Eğitim Alma Durumuna Göre Bilgi ve Vaka Düzeyi Puanlarının Dağılımı

	Sedasyon Eğitim	n	\bar{x}	Std. Sapma	t	p
Toplam Bilgi Puanı	Evet	79	23,31	5,18	,551	,582
	Hayır	195	22,89	5,90		
Toplam Vaka Puanı	Evet	79	10,59	2,99	,766	,444
	Hayır	195	10,27	3,22		

Tablo 9 'da görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin anketten aldıkları puanların kurumdaki görev sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gruplar normal dağılım göstermediği için parametrik testlerden bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Hemşirelerin sedasyon eğitimi alıp almadıklarına göre toplam bilgi puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. ($t=,551;p>,05$) Hemşirelerin sedasyon eğitimi alıp almadıklarına göre toplam vaka puanlarının yine anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. ($t=,766;p>,05$)

Tablo 10. Bilgi Sorularına Verilen Doğru Cevapların Dağılımı

Sorular	Doğru sayısı n:274	%
1. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon uygulamak için doğru endikasyon değildir	159	58,0
2. Aşağıdakilerden hangisi genel anestezinin özelliklerinden değildir?	218	79,6
3. Yoğun bakımda hastaların sedasyonunu değerlendirmede en yaygın kullanılan skala aşağıdakilerden hangisidir?	126	46,0
4. Sedasyonun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden hangisi objektif yöntemlerden biri değildir?	213	77,7
5. Aşağıdaki ifadelerden hangisinde sedasyonun derecelendirilmesi doğru yapılmıştır	174	63,5
6. Sedasyonun başlangıcından sonra hasta durum değerlendirme aralığı ne kadar süre ile olmalıdır?	29	47,1
7. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalasına göre '0' puan neyi temsil eder?	142	51,8
8. Yoğun bakımda kullanılacak ideal bir sedatif ajan aşağıdaki özelliklerden hangisine taşımaz?	137	50,0
9. Aşağıdakilerden hangisi bilinçli sedasyonun özelliklerinden <u>değildir</u> ?	169	61,7
10. Yetersiz sedasyon aşağıdakilerden hangisine <u>neden olmaz</u> ?	167	60,9
11. Yoğun bakımda uygulanan efektif bir sedasyon aşağıdakilerden hangisini <u>çermez</u> ?	167	60,9
12. Aşağıdaki Sedatif ilaçlardan hangisi anterograd amnezi yapar?	119	43,4
13. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon sonlandırma (uyandırma) kriterleri arasında yer almaz?	197	71,9
14. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon sonrası uyandırmayı geciktirecek durumlardan <u>değildir</u> ?	118	43,1
15. Aşağıdakilerden hangisi aşırı sedasyonun yan etkisi <u>değildir</u> ?	157	57,3
16. Hemşirelik bakımında lüzum halinde sedasyon ilaç kullanımı hangi durumda oluşur?	221	80,7
17. Aşağıdaki sedatif ilaçlardan hangisi retrograd amnezi yapar?	73	26,6
18. Aşağıda verilen Sedatif ajanlardan hangisinin etki süresi en kısadır?	56	20,4
19. Aşağıdaki sedatif ilaçlardan hangisi kontaminasyon riskinden dolayı 12 saat arayla <u>değiştirilmelidir</u> ?	214	78,1
20. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin sedatif etkisi yoktur?	188	68,6

Tablo 11. Vaka Sorularına Verilen Doğru Cevapların Dağılımı

Vaka soruları	Doğru sayısı	%
A) E.Y'nin yoğun bakıma transferinde yanında doktor-hemşire bulunması gerekir.	259	94,5
B) E.Y yatağa alındıktan sonra hemşire tarafından ventilatöre bağlanmalıdır.	176	64,2
C) Doktorun sözel olarak verdiği orderdan sonra sedasyon hemen başlanmalıdır.	191	69,7
D) Sedasyon alan hastanın kan basıncı düştüğü zaman hemşire ilacın dozunu değiştirebilir.	174	63,5
E) Sedasyon infüzyonuna başlandıktan sonra saatlik vital bulgu takibi yapılır	133	48,5
F) Mekanik ventilatör uyumsuzluğu olduğu zaman hemşire uygun modu ayarlamalıdır.	166	60,6
G) E.Y'ye verilen sedatif ilaçlar hastayı sedatize etmede yetersiz kaldığı durumda "Kısıtlama Formu" doğrultusunda hastaya kısıtlama hemşire tarafından başlanmalıdır.	163	59,5
H) E.Y'yi monitörize etmeden önce doktorun sözel orderine göre sedasyon uygulanır.	170	62,0

Sorular	Doğru sayısı	%
22. Yukarıda verilen uygulamaları E.Y yoğun bakıma geldikten sonra yapılması gereken öncelik sıralamasına göre yazınız.	94	34,3
23. E.Y'nin bakımını üstlenen hemşire olarak E.Y'de hangi sorunları görme olasılığınız vardır. Doğru olan seçenekleri işaretleyiniz.	91	33,2
24. E.Y'nin orderinde verilen lüzum halinde fentanyl uygulanmasına gerek duyulan durum aşağıdakilerden hangisi olabilir?	238	86,9
25. Yukarıda verilen vakaya göre E.Y'nin bakım planında öncelikli olarak uygulayacağınız hemşirelik tanılarından ilk 4 tanesinin nnumaralandırınız.	49	17,9

Tablo 10 ve 11 incelendiğinde en çok doğru cevaplanan toplam anket sorusu %80.7 (221) ile 16. sorudur. En az doğru cevaplanan toplam anket sorusu ise %20.4 (56 kişi) ile 18. soru olmuştur.

En çok doğru cevaplanan toplam vaka sorusu ise %94.5 (259 kişi) ile 21. Sorunun (A) seçeneğidir. En az doğru cevaplanan toplam vaka sorusu ise %17.9 (49 kişi) ile 25. sorudur.



5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenleri inceleyen bu araştırmada elde edilen sonuçlar “Hemşireleri tanıtıcı özellik formu ile Sedasyon Yönetimi İle İlgili Bilgi Düzeyi Anket Formuna ait bilgi puanlarının tartışılması” başlığı altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler İle Yoğun Bakımda Sedasyon Yönetimi İle İlgili Bilgi Düzeyi Anket Formuna Ait Bilgi Puanlarının Tartışılması

Hemşirelerin toplam bilgi puan ortalamalarının kurumlara göre dağılımı incelendiğinde 6. Kurumun sedasyon puanının diğer hastanelere göre daha düşük olduğu, 2. Kurumun ise sedasyon puanının en yüksek kurum olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka puanlarının ise kurumlara göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 3). Yoğun bakım ünitelerindeki sedasyon ve iyileşme sürecini inceleyen Sılay (2016); 4 farklı hastane de yaptığı çalışma sonucuna göre hastaneler arasında hemşire uygulamaları ve sedasyon bilgisi açısından fark olmadığını bildirmiştir. Yoğun bakım hemşireleri, zorunlu ve hayati öneme sahip ilaç tedavilerinin uygulandığı, medikal cihazlara bağımlı, solunum, yutkunma gibi zorunlu hayati fonksiyonlarını cihaz ile yapabilen ve ileri düzey yaşam destek hizmetleri sunulan hastalara güvenli bir şekilde bakabilmek için hızlı kararlar vermek zorundadırlar. Dolayısı ile daha kalabalık ve ileri düzey hastaların bulunduğu üniversite hastanelerindeki hemşirelerde sedasyon bilgi düzeyinin daha ileri seviyede olabileceği düşünülmekteydi. Ancak yapılan çalışma sonucuna göre devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerindeki hemşirelerin sedasyon bilgi düzeyleri arasında fark olmadığı tespit edildi. Bunun en önemli nedeni ise her ne kadar çalışma grubunu oluşturan hastaneler devlet ve üniversite hastanelerinden oluşuyorsa da bu hastaneler yoğun hasta potansiyeline sahip ve buldukları ilde en fazla hasta kabulünün olduğu sağlık kurumlarını meydana getirmektedir.

Yaşın toplam bilgi puanı üzerindeki etkisi incelendiğinde 31 ve üstü yaş aralığının sedasyon puanının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek puana sahip oldukları, 23 ve altı yaş aralığının ise sedasyon puanının en düşük grup olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, toplam vaka puanı ile toplam bilgi puanının yaş arttıkça arttığı söylenebilir (Tablo 4). Yaşın ilerlemesi hem olgunlaşmayı hem de meslekte daha

uzun süre geçirildiği için tecrübe ve bilgi edinmeyi beraberinde getirmektedir. Dolayısı ile henüz mesleğin başında olan 20 yaşındaki bir hemşire ile 30 yaşındaki bir hemşirenin bilgisi, tecrübesi aynı seviyede olmamaktadır (Well, 2012). Yaş ilerledikçe hataların azalarak bilginin artması hem teorik hem de uygulama açısından beklenen bir durumdur (Walkare ve ark., 2006). Literatüre paralel olarak bu çalışma sonuçları da yaş arttıkça bilgi puanının arttığını ortaya koymaktadır.

Kurumlarında toplam çalışma yılları, meslekteki toplam çalışma süreleri ve çalıştıkları birimde çalışma yılına göre toplam bilgi ve vaka puanı incelendiğinde çalışma yılı, görev süresi ve çalıştıkları birimde geçen süre arttıkça toplam bilgi ve vaka puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 5,6 ve 7). Norveç'te ki üç hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmaya göre çalışma yılı daha fazla olan ve daha uzun süredir yoğun bakım hemşireliği yapan hemşirelerin sedasyon yönetimi bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Randen ve Bjørk, 2010). Bir başka çalışmada da tecrübe ve deneyimler ile hastaya uygulanacak sedasyon işleminin başarı arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (Jacobi ve ark., 2002). Bu çalışmanın sonucu literatüre benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile sedasyon eğitimi alma durumlarına göre bilgi ve vaka puanları incelendiğinde hemşirelerin toplam bilgi ve vaka puanlarının hemşirelerin sedasyon eğitimi alma durumları ve eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 8 ve 9). Ramsay ve Richmond sedasyon skalaları kullanımında hemşire ve doktor arasındaki uyumu araştıran Hepkarşı (2013); sedasyon eğitimi verilmesinin hemşirenin bilgi seviyesini artırdığını ve dolayısı ile hastanın taburculuk süresinin kısalabileceğini vurgulamıştır. Ancak bu çalışmada sedasyon eğitiminin bilgi ile arasında bir anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir. Thorens ve ark. (1995)'da eğitilmiş hemşirelerin uygulamış olduğu sedasyon işlemini yoğun bakım sürecini kısalttığını bildirmiştir. Ancak bu çalışmada hem eğitim durumu hem de sedasyon eğitimi ile bilgi ve vaka puanı arasında bir anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çalışma sonucunun literatürden farklı çıkmasının en önemli nedeninin çalışma grubumuzu oluşturan yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık % 74,6'nın lisans ve yüksek lisans mezunu olmalarından kaynaklanabilir. Çünkü 4 yıllık lisans eğitimi boyunca farklı derslerde sedasyondan ve sedasyon uygulamalarından bahsedildiği için hemşireler zaten belli bir sedasyon bilgisi ile işlerine başlamış olabilirler. Ayrıca % 28,8' lik bir oran sedasyon eğitimi aldığını bildirmişlerdir. Eğitim seviyesi ile

sedasyon eğitimi alanların toplamı aradaki açığı kapattıkları için sedasyon eğitimi ile eğitim seviyesi arasında herhangi bir anlamlı fark tespit edilememiş olabilir.

Sonuç olarak; literatür ile uyumlu olarak yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimi bilgileri yaş, çalışılan birim, kurumdaki çalışma yılı ve toplam çalışma süresi ile pozitif korelasyon gösterirken sedasyon eğitimi alıp almama yada eğitim durumunun hemşirenin bilgi ve vaka puanını etkilemediği sonucuna varılmıştır. Yoğun bakım hemşireleri sedasyon yönetimini sadece hastanın rahatını ve konforunu sağlayıcı bir girişim olarak değil tedavinin bir parçası olarak ele almalı, uygun protokolleri kullanıp, hastaların sedasyon seviyesini uygun ölçme araçları kullanarak günlük olarak değerlendirmelidir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, beş eğitim ve araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Çalışmaya katılan hemşirelerin;

- %44.9 ‘u 24-26 yaş aralığında ve hemşirelerin yaş ortalamalarının 26.065’ tir.
- %73.7’si 1 ay -3 yıl arasında görev aldıkları hastanede çalışmaktadır.
- %49.6’sı bir yıl ve bir yıldan daha az süredir yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır.
- %35’inin bir yıl ve daha az süredir hemşire olarak görev almaktadır.
- %72.6’nın lisans mezunu olduğu saptanmıştır.
- %72.6’nın sedasyon yönetimi hakkında hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır.
- Çalıştıkları kurumlara göre toplam bilgi ve uygulama puanlarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.
- 31 ve üstü yaş hemşirelerin toplam bilgi puanının yüksek olduğu 23 ve altı yaş hemşirelerinin toplam bilgi puanını düşük olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka puanında 31 ve üstü yaş hemşirelerin toplam vaka puanının yüksek olduğu 23 yaş ve altı hemşirelerinin ise toplam vaka puanının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre sedasyon yönetimi bilgi ve vaka puanının yaş arttıkça arttığı söylenebilir.
- Dört yıl ve üstü yoğun bakım ünitesinde çalışanların toplam bilgi puanının en yüksek olduğu bir yıl ve daha az süredir yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ise en düşük toplam bilgi puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Toplam vaka puanında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.
- Toplam görev süreleri ele alındığında sekiz yıl ve üstü çalışan hemşirelerin toplam bilgi ve vaka puanının en yüksek olduğu, bir yıl ve altında çalışanların toplam bilgi ve vaka puanının en düşük olduğu belirlenmiştir.

- Çalıştıkları kurumdaki görev sürelerine göre incelendiğinde yedi yıl ve daha fazla çalışanların toplam bilgi ve vaka puanının en yüksek olduğu, üç yıl ve daha az çalışanların toplam bilgi ve vaka puanının en düşük olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim durumlarına göre incelendiğinde toplam bilgi ve vaka puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Sedasyon eğitimi almalarına göre incelendiğinde ise toplam bilgi ve vaka puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin %72.2' nin sedasyon eğitimi almadıkları saptamıştır. Bundan dolayı yoğun bakım ünitesi içi sedasyon yönetimi eğitimleri ve hastane içi sedasyon yönetimi eğitimi alınmasının sağlanması,
- Hemşirelerin %66.1' nin genç bir popülasyonunu oluşturduğundan sedasyon tedavisi için kullanılan ilaç hakkında farkındalığın oluşturulması,
- Hemşirelerin toplam bilgi ve vaka puanlarına bakıldığında konuyla ilgili yetersiz bilgiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı sedasyon yönetimi protokollerinin oluşturulması ve sürekli hizmet içi sedasyon eğitimlerinin verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- ACAROĞLU R ve AŞTI T. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000; 4:2: 22-27.
- AKALIN E. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? *ANKEM Dergisi* 2004; 18: 12- 13.
- AKÇA A, AKIN KORHAN E, DEMİRAY A, EKER A HAKVERDİOĞLU ve YÖNT G. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi Ve Nanda Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015; 5 (1): 16-21.
- AKDENİZ A, ÇELEN Ö, DEMİR C, KARAALP T, KAYA S ve TEKE A. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programlarından beklentileri ve bu programlar ile ilgili düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007, 49: 25-31
- AKICI A, ULUPINAR S. Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri*, 2015; 3:1: 84-93.
- AKIN KORHAN E, ÇANKAYA G, KHORSHİD L ve UYAR M. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği'nin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Güvenilirlik Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21:1: 40-48.
- AKIN KORHAN E. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Sedasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2012; 16:1: 29-36.
- AKINCI S, AYPAR Ü, DAL D ve SARICAOĞLU FB. Yoğun Bakım Hastalarında Analjezi Ve Sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005; 36: 86-90.
- AKTAŞ E, ÇÖVENER Ç, KUĞUOĞLU S ve KÜRTÜNCÜ TANIR M. İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2009;2:2: 86-93.
- AKYOL A ve SILAY F. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2017; 21:1: 28-35.
- AKYÜZ, N. Endoskopide Bilinçli Sedasyon Ve Hemşirenin Rolü. *Endoskopik Laparoskopik Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi*, 2008; 4: 163-169.

ALTUNKAN H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya. 2009.

ARAT N. İlaç Uygulaması Ölçeği'nin Türkiye Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi, Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2016, İzmir.

ARSLAN F ve UZUN Ş. İlaç Uygulama Hataları, *Türkiye Klinikleri*, 2008.

[Http://www.Turkiyeklinikleri.Com](http://www.Turkiyeklinikleri.Com) Erişim Tarihi:21.07.2017

ARSLAN F, KAVAKLI Ö ve UZUNŞ. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Askeri Tıp Dergisi*, 2009, 51: 168-173.

ARSLAN H ve KARACA A. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2014; 1:1: 9-18.

ASLAN EF ve BADIR A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi Ve İnançları, *Ağrı* 2005. 17:2: 44-51.

ASLAN FE, BADIR A, ESEN H ve ÖNTÜRK ZK. Entübe Ve Sedatize Yoğun Bakım Hastalarının Pozisyon Verme Ve Aspirasyon Sırasındaki Ağrı Davranışları, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; Cilt:1 Sayı: 2, 89-91.

AŞTI T ve KIVANÇ MM. Nurses Information And Application Related To The Administration Of Oral Medication, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*, 2003; 6:3: 1-9.

AY S ve ÖZTÜRK M. Bilinçli Sedasyon, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2000; Cilt 3, Sayı 2, 121-126.

AYDOGAN ZF. Örgüt Kültürü Ve İklimi. *Gazi Üniversitesi Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* 2004; 2: 203-215.

AYGİN D ve CENGİZ H. İlaç Uygulama Hataları Ve Hemşirenin Sorumluluğu, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, Derleme, 2011; 45:3: 110-114.

BJØRK IT and RANDEN I. Sedation practice in three Norwegian ICUs: a survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unitpractice. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26:5: 270- 277.

BOZAN T ve PİRİNÇ E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 2016; 21:3: 129-136.

CHEVROLET JC, JOLLİET P, KAELİN RM and THORENS JB. Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Crit Care Med* 1995; 23: 1807- 1815.

COURSİN DB, FONTAİNE D, FRASER GL, JACOBI J, RİKER RR and WİTTBRODT ET. Task Force Of The American College Of Critical Care Medicine (ACCM) Of The Society Of Critical Care Medicine (SCCM), American Society Of Health-System Pharmacists (ASHP), American College Of Chest Physicians. Clinical Practice Guidelines For The Sustained Use Of Sedatives And Analgesics İn The Critically İll Adult. *Crit Care Med* 2002; 30:1:119-141.

ÇELİK S. Pediatri Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Parenteral İlaç Uygulamalarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2016. İstanbul.

ÇINAR D ve KARADAKOVAN A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2016; 20:2: 116-122.

ÇIRPI F, DOĞAN MERİH Y. ve YAŞAR KOCABEY M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiri*, 2009.

ÇOBAN Ş ve ÖZDEN A. Premedikasyon, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2004; 190-198.

DEMİR DİKMEN Y, YEŞİLÇAM N ve YORGUN S. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 44-56.

DEMİRDAMAR R, DÜLGER G, GÜMÜŞEL B, TOKLU HZ ve YARIŞ E. Rational Drug Use Awareness Of The Nurses İn The Turkish Republic Of Northern Cyprus Near East Universty Hospital. *Marmara Pharmaceutical Journal*. 2012; 2:16: 150-154.

ERDAL E, ZİNCİR G ve ZİNCİR M. Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi. 1. *Ulusal Tıbbi Etik Kongresi*. Kocaeli, 1999.

ERDEM GY. Hemşirelerin Klinik Çalışmalarında Gözlenen Davranışlarının Bağımlı Bağımsız Ve Birbirine Bağımlı Kararlar Yönünden İrdelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara, 1995.

ERDEMİR F, KILIÇARSLAN E ve TÖRÜNER E. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010; 63-71.

ERDEN S. Yoğun Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Anahtar Roller. *Van Tıp Dergisi* 2015; 22:4: 332-336.

FAYDALI S. Cerrahi Hastalarında Analjeziklerin Kaliteli Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010; 83-91.

GİLLEN P and WALLKERA N. Investigating nurses' perceptions of their role in managing sedation in intensivecare: an exploratory study. *Intensive CritCare Nurs* 2006; 22:6:338-345.

GÖKDOĞAN F. Sağlık Hizmetlerin Hasta Güvenliği ve Hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13:2: 53-59.

GÜRSOY S, KAFALI H, KAYGUSUZ K ve KUNT N. Yoğun Bakımda Kullanılan Sedatif Ajanların Hemodinami Ve Oksijen Transportu Üzerine Etkileri, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2004; 26:4: 165-177.

HEPKARŞI A. Ramsey Ve Richmond Sedasyon Skalaları Kullanımında Hemşire Ve Doktor Arasındaki Uyumun Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir 2013.

NURSİNG. <http://nursing.state.wy.us/> Erişim Tarihi:18.07.2017.

KARCIOĞLU Ö. Acil Serviste Girişimsel Sedasyon Ve Analjezi, 2008. [Http:// www.İstabil.Org.Tr](http://www.İstabil.Org.Tr), Erişim Tarihi:19.07.2017.

KEÇİALAN R. Luzüm Halinde Analjezik İsteminin Doktor Ve Hemşireler Tarafından Kullanımının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2000.

KIYMAZ D. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini Ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2015.

KORHAN EA. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Sedasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 29-31.

KORKMAZ FD ve USLU Y. Yoğun Bakım Hastalarında Uyku: Hemşirelik Bakımı, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2015; 156-161.

KÜÇÜKUSTA D, TÜTÜNCÜ Ö ve YAGCI K. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2007; 9: 519-533.

OVALI F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 2010; 1: 1: 33-43.

ÖZTÜRK H. Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri Ve Performans Düzeyleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul, 2002.

Sağlıkta dönüşüm programı. Değerlendirme Raporu. Aralık 2012.

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> Erişim Tarihi:18.07.2017

SANDAL S. Acil Serviste Bilinçli Sedasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Uygulama Standartlarının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir.

SARIHASAN B ve ÜSTÜN YB. Yoğun Bakımda Sedasyon Ve Analjezi İhtiyacı. *Deneyisel Ve Klinik Tıp Dergisi*, 2013; 30: 25-31.

SEYHAN TÖ. Yoğun Bakımda Kullanılan Sedatif Ve Analjezik Ajanlar. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2006; 4:1: 45-49.

SILAY F. Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon-ajitasyon ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan iki ölçüm aracının Türkçe' ye uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2016.

SÜ S ve ŞAHİN DD. Cerrahi Ser İşlerinde Çalışan Hemşirelerin Lüzum Halinde Analjezik İsteminin Kullanma Durumlarının Belirlenme. *Genel Tıp Dergisi*, 2014; 24: 93- 98.

UYAR M. Mekanik Ventilasyonda Sedasyon. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2006; 4(1): 65-70.

UZUN Ö. Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler, V. Nöroşirurji Hemşirelik Kongresi, S 1-7, 17-21 Nisan 2009,Girne.

ÜNAL A. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı Ve Nedenlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

VATANSEVER Ş. Sağlık Kuruluşlarında İş Güvenliği Ve Meslek Hastalıkları. Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim AD Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

WELLS LG. Why Don' t Intensive Care Nurses Perform Routine Delirium Assessment? A Discussion Of The Literature. *Australian Critical Care*. 2012; 25:3:157-161.

YAŞAR MA. Yoğun Bakımda Sedasyonun Genel Özellikleri. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2006; 4:1: 50-57.

YILMAZ AK. Değişim Yönetimi Stratejilerinin Hemşireler Üzerindeki Etkileri: Bir Hastane Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2012.

YILMAZ Z. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Benimsenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2014.

YÖNT G. Hasta Güvenliği Kültürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27: 77-82.

YÖNTEM S. Hemşirelerin İlaç Hatalarına Yönelik Bilgi Ve Tutumları, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir.

EKLER

BİLGİLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: ‘‘Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi’’

Bu anket, yoğun bakım hemşirelerinin sedasyon yönetimine ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Size verilen form iki ayrı bölüm içermektedir. Birinci bölümde, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu mevcuttur. İkinci bölümde Sedasyon Yönetimi İle İlgili Bilgi Düzeyi Formu yer almaktadır. Anketin doldurulması yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir. Vermiş olduğunuz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim. İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ediyorum.

Proje Yürütücüsü:

Volkan KARTAL

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi

e-posta: volkankartal3444@gmail.com

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU:

ARAŞTIRMANIN ADI: “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”

“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın amacı ve benimle ilgili her türlü bilginin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda çalışmanıza hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.



Ad - Soyad

İmza

ANKETLER

HEMŞİRE TANITICI FORMU

1. ÇalıŐtıĐınız kurum?

2. Hemşire olarak kaç yıldır görev almaktasınız?

3. YaŐınız?

4. Kurumdaki alıŐma süreniz?

5. EĞitim durumunuz?

- a) Lise
- b) nlisans
- c) Lisans
- d) Yüksek lisans
- e) Doktora
- f) Diğer (.....)

6. ÇalıŐtıĐınız birimdeki görev süreniz?

7.Sedasyon yönetimiyle ilgili ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı ?

A. Evet

B. Hayır

YOĞUN BAKIMDA SEDASYON YÖNETİMİ

ANKET FORMU

1. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon uygulamak için doğru endikasyon değildir?
 - A) Entübasyon
 - B) Anksiyete önleme
 - C) Beynin korunması
 - D) Ventilatör uyumsuzluğu
 - E) Miyokardın korunması
2. Aşağıdakilerden hangisi genel anestezinin özelliklerinden değildir?
 - A) Amnezi gelişmesi
 - B) Analjezi sağlanması
 - C) Kas gevşemesi
 - D) Otonom reflekslerde artma
 - E) Hipotansiyon gelişmesi
3. Yoğun bakımda hastaların sedasyonunu değerlendirmede en yaygın kullanılan skala aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Glaskow Koma Skalası
 - B) Richmond Skalası
 - C) Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE)
 - D) Ardışık Organ Yetmezliği Değerlendirme Skoru (SOFA)
 - E) NRS 2002 (Nutrisyonel Risk Tarama)
4. Sedasyonun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden hangisi objektif yöntemlerden biri değildir?
 - A) Gözlerini aç komutu
 - B) Gözlerinle beni takip et komutu
 - C) Sürekli EEG
 - D) Sedasyon Ajitasyon Skalası
 - E) Gözlerinle sağa ve sola bak
5. Aşağıdaki ifadelerden hangisinde sedasyon uygulamasının derecelendirilmesi doğru yapılmıştır?
 - A) Bilinçli sedasyon-derin sedasyon-genel anestezi-koma
 - B) Genel anestezi-bilinçli sedasyon-derin sedasyon-koma
 - C) Derin sedasyon-koma- genel anestezi-bilinçli sedasyon
 - D) Koma- derin sedasyon-bilinçli sedasyon-genel anestezi
 - E) Bilinçli sedasyon-genel anestezi-derin sedasyon-koma

6. Sedasyonun başlangıcından sonra hasta durum değerlendirme aralığı ne kadar süre ile olmalıdır?
- A) 5 dk
 - B) 10 dk
 - C) 30 dk
 - D) 60 dk
 - E) 45 dk
7. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalasına göre '0' puan neyi temsil eder?
- A) Huzursuz
 - B) Uyandırılmıyor
 - C) Ajite
 - D) Uyanık ve sakin
 - E) Hırçın
8. Yoğun bakımda kullanılacak ideal bir sedatif ajan aşağıdaki özelliklerden hangisine taşımaz?
- A) Hızlı etki başlangıcı olmalı
 - B) Hızlı derlenme sağlamalı
 - C) Titre edilebilmeli
 - D) Eliminasyonu böbrek ve karaciğerden yapılmalı
 - E) Monitörize edilebilmeli
9. Aşağıdakilerden hangisi bilinçli sedasyonun özelliklerinden değildir?
- A) Sözlü uyaranlara cevap vermez
 - B) Koruyucu refleksleri devam eder
 - C) Kendi hava yolu açıklığını koruyabilir
 - D) Fiziksel uyaranlara cevap verir
 - E) Ağrılı uyaranlara cevap verir
10. Yetersiz sedasyon aşağıdakilerden hangisine neden olmaz?
- A) Taşikardi
 - B) Hipertansiyon
 - C) Hipoksi
 - D) İstemsiz ekstübasyon
 - E) Ajitasyon

11. Yoğun bakımda uygulanan efektif bir sedasyon aşağıdakilerden hangisini ıçermez?

- A) Hastayla iletişimi bozmamalı
- B) Solunum depresyonu yapmamalı
- C) Normal uyku paternini bozmamalı
- D) Hasta pozisyon-stabilizasyonu sağlamalı
- E) Titrasyon yapmamalı

12. Aşağıdaki Sedatif ilaçlardan hangisi anterograd amnezi yapar?

- A) Midazolam
- B) Ketamin
- C) Meperidin
- D) Alfentanly
- E) Diazepam

13. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon sonlandırma (uyandırma) kriterleri arasında yer almaz?

- A) Bilincin değerlendirilmesi
- B) Solunumun değerlendirilmesi
- C) Kas tonusunun değerlendirilmesi
- D) Ağrılı uyaranlara yanıtın değerlendirilmesi
- E) Vücut ısısının değerlendirilmesi

14. Aşağıdakilerden hangisi sedasyon sonrası uyandırmayı geciktirecek durumlardan değildir?

- A) Hipertansiyon
- B) Karaciğer yetmezliği
- C) Hipotermi
- D) Hipoglisemi
- E) Elektrolit bozuklukları

15. Aşağıdakilerden hangisi aşırı sedasyonun yan etkisi değildir?

- A) Hipotansiyon
- B) Bradikardi
- C) İmmünsüpresyon
- D) Kognif(Bilişsel) fonksiyonlarda stabilizasyon
- E) Solunum depresyon

16. Hemşirelik bakımında lüzum halinde sedasyon ilaç kullanımını hangi durumda oluşur?

- A) Rutine alınmış saatlerde
- B) Ağrının tahmin edilmeyen şekilde geldiği durumda
- C) Hastanın her istediği anda
- D) Hastanın kan basıncı 160/90 mmHg'nin üzerine çıktığında
- E) Glaskow Koma Skalası 5'in altındayken

17. Aşağıdaki sedatif ilaçlardan hangisi retrograd amnezi yapar?

- A) Midazolam
- B) Rokünoryum
- C) Meperidin
- D) Alfentanly
- E) Diazepam

18. Aşağıda verilen Sedatif ajanlardan hangisinin etki süresi en kısadır?

- A) Propofol
- B) Midazolam
- C) Remifentanly
- D) Tiopental
- E) Hidromorfin

19. Aşağıdaki sedatif ilaçlardan hangisi kontaminasyon riskinden dolayı 12 saat arayla değiştirilmelidir?

- A) Lorazepam
- B) Fentanly
- C) Midazolam
- D) Remifentanly
- E) Propofol

20. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin sedatif etkisi yoktur?

- A) Midazolam
- B) Valproik asit
- C) Diazepam
- D) Meperidin
- E) Tradoadol

VAKA SUNUMU

67 yaşında bilinen KOAH, hipertansiyon ve diabeti olan E.Y isimli erkek hasta acil servise; solunum sıkıntısı, nefes darlığı ve bilinçte gerileme şikâyetleriyle yakınları tarafından 112 ambulansla getirilmiştir. E.Y isimli hasta geldiğinde oksijen saturasyonunun düşük olması ve solunum paterninin kötü olması üzerine planlı olarak sedatize ve kürarize edilerek orotrakeal entübasyon yapılmış daha sonra ileri tetkik ve tedavi amaçlı yoğun bakım ünitesine nakil olmuştur. Doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli eşliğinde sedyedeambu ile solunum desteğinde yoğun bakım ünitesine getirilmiştir. Sedyeden hemşire ve yardımcı sağlık personeli tarafından hasta yatağına alınmıştır. Mekanik ventilatöre doktor tarafından bağlanan hasta monitörize edilip; tansiyon, oksijen saturasyonu ve kalp tepe atımı gözlemlenip kaydedilmiştir (tansiyon:176/76, oksijen saturasyonu: 98, kalp tepe atımı: 87 solunum sayısı: 17). Hastanın vital bulgu takibinde oksijen saturasyonunun düşme eğiliminde, ventilatörle uyumsuzluğundan dolayı oksijen ihtiyacının karşılanamadığı, takipneik ve yüksek tansiyonun olduğu gözlemlenmiştir. Hastanın durumu hemşire gözlem formuna kaydedilip doktora haber verilmiştir. Muayenesini yapan doktor Propofol infüzyonunu ve gerek duyulduğunda (lüzum halinde) 100 mcg Fentanyl yapılmasını ordera yazmıştır.

21. Yukarda verilen vakaya göre aşağıda verilen soruları Doğru, Yanlış şeklinde cevaplayınız.

	D	Y
1. E.Y' nin yoğun bakıma transferinde yanında doktor-hemşire bulunması gerekir.	()	()
2. E.Y yatağına alındıktan sonra hemşire tarafından ventilatöre bağlanmalıdır.	()	()
3. Doktorun sözel olarak verdiği orderdan sonra sedasyon hemen başlanmalıdır.	()	()
4. Sedasyon alan hastanın kan basıncı düştüğü zaman hemşire ilacın dozunu değiştirebilir.	()	()
5. Sedasyon infüzyonuna başlandıktan sonra saatlik vital bulgu takibi yapılır	()	()
6. Mekanik ventilatör uyumsuzluğu olduğu zaman hemşire uygun modu ayarlamalıdır.	()	()
7. E.Y' ye verilen sedatif ilaçlar hastayı sedatize etmede yetersiz kaldığı durumda 'Kısıtlama Formu' doğrultusunda hastaya kısıtlama hemşire tarafından başlanmalıdır.	()	()
8. E.Y' yi monitörize etmeden önce doktorun sözel orderine göre sedasyon uygulanır.	()	()

22.

- I. Monitörize et
- II. Hastayı yatağa al
- III. Fiziksel bakımı uygula.
- IV. Order edilen sedasyonları başla
- V. Hastanın antibiyotik tedavisini yap

Yukarıda verilen uygulamaları E.Y yoğun bakıma geldikten sonra yapılması gereken öncelik sıralamasına göre yazınız.

23. E.Y' nin bakımını üstlenen hemşire olarak E.Y' de hangi sorunları görme olasılığınız vardır. Doğru olan seçenekleri işaretleyiniz.

- A) E.Y' nin oksijen ihtiyacının yeterince karşılanamama riski
- B) E.Y' de bradikardi gelişme riski
- C) Yetersiz sedasyondan dolayı oksijen saturasyonunda düşme riski
- D) E.Y' de taşikardi gelişme riski
- E) Mekanik ventilatörle uyumsuzluk riski
- F) E.Y' de intrakranil basınç artışı görülme riski
- G) Yetersiz gelen sedasyonun kan basıncını yükseltme riski
- H) E.Y' göz içi basıncında değişme riski

24. E.Y' nin orderinde verilen lüzum halinde fentanyl uygulanmasına gerek duyulan durum aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- A) E.Y' kusmaya başlaması
- B) E.Y' nin kan glukoz değerinin düşmesi
- C) E.Y' nin kan basıncının düşmesi
- D) E.Y' ye endotrakeal aspirasyon yapmadan hemen öncesedatif ilaç uygulamak
- E) E.Y'nin sedasyon kesildikten sonraki Glasgow Koma Skalası'na bakılmadan önce

25. Yukarıda verilen vakaya göre E.Y' nin bakım planında öncelikli olarak uygulayacağınız hemşirelik tanılarından ilk 4 tanesinin numaralandırınız

- Düşme riski
- Enfeksiyon riski
- Sıvı elektrolit dengesizliği riski
- Yutmada bozulma
- Yetersiz solunum
- Doku bütünlüğünde bozulma riski
- Aspirasyon riski
- Hava yolunu temizlemede etkisizlik

ETİK KURUL KARARI



info@uskudar.edu.tr
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

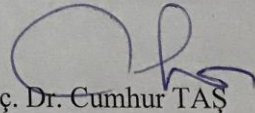
SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 / 274

23/11/2017

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
(Volkan KARTAL)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 17/11/2017 tarihinde yapılan 11 No.lu toplantısında “**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 62977267-773.99
Konu : Araştırma Başvurusu Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Birimi Sağlık Geliştirilmesi Şubesi)

İlgi : 25/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-277 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL' ın veri toplamaya yönelik “ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi” konulu çalışmasını kurumumuzda yapılması İlgili Bölüm Sorumluları tarafından değerlendirilmesi neticesinde Hastane Yönetimimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Doç. Dr. Eyüp Veli KÜÇÜK
Başhekim

Tıbbiye Caddesi No:40 34668 Üsküdar/İSTANBUL

Faks No:02163360565

e-Posta:gonca.karacam@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gnckrcm@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832c21-7641-4646-94f3-af11c351d1c8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Gonca DİKMEN

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 02165423232-1044



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Üsküdar Devlet Hastanesi



Sayı : 44937362-044
Konu : Anket İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 25/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-277 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair yazı değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Not:e-izmalıdır.
Op. Dr. Cem YÜCEL
Başhekim

Faks No:

e-Posta:hatice.demirdag1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Hatice DEMİRDAĞ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832c21-7641-4646-94f3-af11c351d1c8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - ÜMRANIYE EAH EĞİTİM VE AR-GE BİRİMİ
27/12/2017 13:32 / 54132726 / 771 / 39



00059328534

Sayı : 54132726-771
Konu : Araştırma Başvurusu Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 25/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-277 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu çalışmasını sağlık tesisimizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Not: e-imzalıdır.
Doç. Dr. Necdet SAĞLAM
Başhekim

ÜMRANIYE E.A.H. AR-GE BİRİMİ

Faks No:

e-Posta: ilknur.celik1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ilknur.celik@ueh.gov.tr

Bilgi için: İlknur ÇELİK

Unvan: Eğitim Görevlisi

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832c21-7641-4646-94f3-af11c351d1c8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sultan Abdulhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 54230385-799
Konu : Araştırma Başvurusu Hk.

İSTANBUL SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SULTAN ABDÜLHAMİD HAN
EAH EĞİTİM ve AR-GE BİRİMİ
04/01/2018 16:07 / 54230385 / 799 / 3



00059514464

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 25/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-277 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair başvurunun kurumsal uygunluğu Hastane Yönetimimizce değerlendirilerek, uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: e-izmalıdır.
Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ
Başhekim

Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim AR-GE Birimi

Bilgi için: Burcu ELBÜKEN

Faks No:

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: burcu.elbuken@saglik.gov.tr İnt. Adresi: egitimbrm@gmail.com

Telefon No: 02165422020-3142-3141

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832e21-7641-4646-94f3-af11c351d1c8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 23898784-771
Konu : Anket Çalışması

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - MEDENİYET
ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EAH EĞİTİM VE ARGE BİRİMİ
28/12/2017 09:29 / 23898784 / 771 / 41
00059260716

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : a) 25/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-277 sayılı yazı
b) 21/12/2017 tarihli ve 23898784-5550 sayılı yazı

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL'ın "**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair ilgede kayıtlı yazı ve ekleri tetkik edilmiş olup, söz konusu bilimsel çalışmanın, adı geçen araştırmacının sorumluluğunda kurumumuzda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Gürhan BAŞ
Başhekim

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Eğitim Ar-Ge Birimi
Göztepe/Kadıköy
Faks No:0216 566 40 23

e-Posta:leyla.cakir3@saglik.gov.tr İnt.Adresi: İrtibat: İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe EAH Eğitim Ar-Ge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832e21-7641-4646-94f3-af11c351d1e8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Leyla ÇAKIR

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0216 570 94 43



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR
CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
İSTANBUL DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR
EĞİTİM VE AR GE BİRİMİ
28/12/2017 17:16 / 28001928 / 773.99 / 46



Sayı : 28001928-773.99
Konu : Araştırma Başvurusu Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -2)

İlgi : 25/12/2017 tarihli 277 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Volkan KARTAL'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sedasyon Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" konulu çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair talebi yönetimimiz tarafından değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Doç. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI
Başhekim

Tıbbiye Cad.No:13 Haydarpaşa/Üsküdar

Faks No:0216 337 97 19

e-Posta:sirin.celik1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.siyamiersek.gov.tr

Bilgi için:Şirin ÇELİK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0216 542 45 53

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d832c21-7641-4646-94f3-af11c351d1c8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Volkan KARTAL

Doğum Yeri ve Tarihi: Malatya / 18.01.1993

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim (Telefon/ e-posta): 0530 1787390/ volkankartal3444@gmail.com

Eğitim durumu (Kurum ve Yıl)

Lise: Gazi Anadolu Lisesi 2006 - 2010

Lisans: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/ GÜMÜŞHANE

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği 2018

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl

- 1- Balıklı Rum Hastanesi Acil Servis 2015
- 2- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015