

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN
YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

GÜLER YÜKSEL

İSTANBUL, 2020

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN
YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

GÜLER YÜKSEL

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN
İkinci Tez Danışmanı: Prof. Dr. FATMA ETİ ASLAN**

İSTANBUL, 2020

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi
Öğrencinin Adı Soyadı: Güler YÜKSEL
Tez Savunma Tarihi: 08.01.2020

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Doç.Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı:
Dr.Öğr.Üyesi HAYAT YALIN


İkinci Tez Danışmanı:
Prof.Dr.Fatma ETİ ASLAN

Üye
Prof.Dr. Sener Deniz ÖZTEKİN

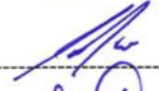
Üye
Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN

Üye
Dr.Öğr.Üyesi Fadime ÇINAR

İmzalar











TEŞEKKÜR

Lisans öğrencisi olduğum süreçte ve tez hazırlığımda bana her zaman vakit ayıran, emek veren, sabırlı, içten ve ilgili yaklaşımlarıyla destekçim olan ve farklı bakış açıları kazanmama yardımcı olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Ü. Hayat Yalın'a,

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca ilgisini, katkısını ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a,

Savunma sınavım sırasında pozitif yaklaşımlarıyla bana destek veren hocalarım Prof. Dr. Seher Deniz Öztekin, Doç. Dr. Hasan Kerem Alptekin ve Dr. Öğr. Ü. Fadime Çınar'a,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgisini ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan Uzm. Hem. Neriman Özge Çalışkan'a,

Hastane süreçlerindeki destekleri için Uzm. Hem. Gamze Kahramantürk ve ekip arkadaşlarıma,

Tez sürecim boyunca birçok katkı sağlayan ve destek olan Arş. Gör. Emine Özdemir Aslan'a,

Veri toplama sürecimde çalışmaya vakit ayıran, katkı sağlayan tüm hastalara ve servis hemşirelerine,

Her konuda olduğu gibi tezimin hazırlığından itibaren tüm süreçte destekçim olan Tunahan Uzungil'e,

Hayatım boyunca manevi ve maddi anlamda desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime, babaannem ve dedeme

Teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, Ocak 2020

ÖZET

CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ

Güler Yüksel

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hayat YALIN

Ocak 2020, 64

Amaç: Çalışma, cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavileri sürdürülen hastaların bu ünitelerde kaldıkları sürece yaşadıkları deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile planlandı.

Veri ve Yöntem: Nicel ve tanımlayıcı türde planlanan çalışmanın evrenini özel bir sağlık grubunun bir lokasyonunda cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edilen ve en az 24 saat süresince tedavi ve bakımları sürdürülen, araştırma kriterlerini sağlayan 220 hasta oluşturdu. Veriler, Ocak 2019 - Ekim 2019 tarihleri arasında, “Hasta Tanıtım Formu” ve “Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ)” kullanılarak hastaların yattıkları servis odalarında yoğun bakımdan transfer edildikten sonraki ilk 24 saat içinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yüzde 61.4’ü (n=135) erkek, yaş ortalamaları 58.795±15.503 yıldır. Hastaların YBDÖ’nden aldıkları toplam puan ortalamaları 73.809±5.050’dir. Hastaların alınan bakımdan memnuniyet puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (F=3.059; p=0.018<0.05). Alınan bakımdan memnuniyet puanlarının yaşı 61 ve üzerinde olanların, yaşı 40 ve altı olanlardan yüksek olduğu saptandı (p<0.05).

Sonuç: Hastaların YBDÖ toplam puanları ortalaması 73.809±5.050 olarak saptandı. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 95 olması sebebiyle çalışmaya katılan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, Yoğun Bakım Deneyimi, Yoğun Bakım Hastası, YBDÖ

ABSTRACT

INVESTIGATION OF INTENSIVE CARE EXPERIENCES OF PATIENTS AFTER SURGICAL INTERVENTION

Güler Yüksel

Nursing Master Program

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Hayat YALIN

January 2020, 64

Aim: The aim of this study was to determine the experience of the patients who were maintained and treated in the intensive care unit after the surgery.

Materials and Methods: The population of the study which was planned in a quantitative and descriptive manner. This consisted of 220 patients who were admitted to the intensive care unit after surgical intervention in a location of a special health group and which was treated and care was maintained for at least 24 hours. The data was collected between January 2019 and October 2019 from their Patient Identification Form and Intensive Care Experience Scale. Which a face-to-face conversation had been held with the patient within the first 24 hours after transfer from the intensive care unit in the wards where they were admitted.

Results: 61.4 percent (n=135) of the patients were male and the mean age was 58.795 ± 15.503 years old. The mean score of the patients from the ICES was 73.809 ± 5.050 . The satisfaction scores of the patients showed a significant difference according to the age variable ($F=3.059; p=0.018 < 0.05$). Satisfaction scores of the patients were 61 years or older and 40 years or younger ($p < 0.05$).

Conclusion: The mean total scores of the patients were 73.809 ± 5.050 . As the highest score of the scale was 95, this had determined that the patients who have participated in the study has had a positive experience in the intensive care unit.

Key Words: Intensive Care, Intensive Care Experience, Intensive Care Patient, ICES

İÇİNDEKİLER

TABLolar	ix
ŞEKİLLER	ix
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1 YOĞUN BAKIMIN TARİHÇESİ	3
2.2 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN FİZİKİ ÖZELLİKLERİ	4
2.3 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN SINIFLANDIRILMASI VE YOĞUN BAKIM TÜRLERİ	6
2.4 YOĞUN BAKIM HASTASI VE YOĞUN BAKIMA HASTA KABUL KRİTERLERİ	7
2.5 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE YOĞUN BAKIM DENEYİMİ	8
2.5.1 Ağrı	8
2.5.2 Uykusuzluk	10
2.5.3 İletişim Güçlüğü	11
2.5.4 Ziyaret Kısıtlılığı	12
2.5.5 Bilgilendirme Eksikliği	13
2.5.6 Mahremiyetin Sağlanmaması	14
2.5.7 Gürültü	14
2.5.8 Enfeksiyonlar	15
2.6 YOĞUN BAKIM DENEYİMİNİ ETKİLEYEBİLECEK GİRİŞİMLER VE BAKIM UYGULAMALARI	16
2.6.1 Hemodinamik Monitörizasyon	16
2.6.2 Arteriyel Kateterizasyon	17
2.6.3 Santral Venöz Kateterizasyon	17
2.6.4 Pulmoner Arter Kateterizasyonu	18
2.6.5 Üriner Kateterizasyon	18
2.6.6 Oksijen Tedavisi ve Mekanik Ventilasyon	19
2.6.7 Endotrakeal Entübasyon	21

2.6.8 Endotrakeal Aspirasyon	22
2.6.9 Drenler	22
2.6.10 Beslenme	23
2.6.11 Ağız Bakımı	24
2.6.12 Göz Bakımı	25
2.7 YOĞUN BAKIM HASTALARINDA GELİŞEBİLECEK PSİKOLOJİK VE PSİKOSOSYAL SORUNLAR	25
2.7.1 Anksiyete	26
2.7.2 Öfke	26
2.7.3 Güçsüzlük	27
2.7.4 Ümitsizlik	27
2.7.5 Spiritüel Distres	27
2.7.6 Deliryum	28
2.7.7 Korku	28
2.7.8 Yoğun Bakım Sendromu	29
2.7.9 Duyusal Yüklenme ve Duyusal Yoksunluk	29
2.8 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ	30
2.9 CERRAHİ YOĞUN BAKIM	32
3. VERİ VE YÖNTEM	34
3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE AMACI.....	34
3.2 ARAŞTIRMA SORULARI	34
3.3 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	34
3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	34
3.5 ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	35
3.5.1 Hasta Tanıtım Formu	35
3.5.2 Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ).....	35
3.6 VERİLERİN ANALİZİ	37
3.7 ETİK İZİN	37
3.7 ARAŞTIRMA PLANI	38
4. BULGULAR.....	39
4.1 HASTA TANITIM FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR.....	39

4.2 YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİNE (YBDÖ) İLİŞKİN	
BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA.....	64
EKLER	
EK 1. Hasta Tanıtım Formu	74
EK 2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ)	76
EK 3. Etik Kurul Onayı	78
EK 4. Kurum İzni	79
EK 5. Aydınlatılmış Onam Formu	80
EK 6. Ölçek Kullanım İzni.....	81
ÖZGEÇMİŞ	82

TABLULAR

Tablo 3.1: Örneklem büyüklüğü hesaplaması.....	35
Tablo 4.1: Demografik özelliklerin dağılımı.....	39
Tablo 4.2: Hastaların yoğun bakım deneyim ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları.....	40
Tablo 4.3: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların demografik özelliklere göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakım ortamına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.5: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakım uygulamalarına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.6: Yoğun bakım uygulamalarının dağılımı.....	52
Tablo 4.7: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakımda rahatsızlık yaratan durum varlığına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.8: Yoğun bakımda rahatsızlık yaratan durum varlığına göre dağılım	54

ŞEKİLLER

Şekil 3.1: Çalışma planı.....	38
Şekil 4.1: Genel yoğun bakım hastalarının yatış tanılarına göre dağılımları.....	43
Şekil 4.2: Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hastalarının yatış tanılarına göre dağılımları.....	44
Şekil 4.3: Genel yoğun bakım hastalarının geçirdikleri cerrahi girişime göre dağılımları.....	45
Şekil 4.4: Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hastalarının geçirdikleri cerrahi girişime göre dağılımları.....	46
Şekil 4.5: Hastaların daha önce hastaneye yatış deneyimlerine göre dağılımları.....	46

KISALTMALAR

CVP	:	Santral Venöz Basınç
dB	:	Desibel
GYBÜ	:	Genel Yoğun Bakım Ünitesi
IMV	:	İnvaziv Mekanik Ventilasyon
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVCYBÜ	:	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
MV	:	Mekanik Ventilasyon
NIMV	:	Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
YBDÖ	:	Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği
YBÜ	:	Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

Yoğun bakım; bir ya da birden fazla organın geçici veya kalıcı olarak yetmezliğe girmesi sonucunda vücudun dengesinin bozulması ile sonuçlanan durumlarda, ileri teknoloji kullanılarak tanılamaya yönelik tetkik yapılarak gerekli tedavilerin uygulanması ve gelişmiş düzeyde bakım yapılarak vücudun dengesinin korunmasına, fonksiyonlarını sürdürmesine yönelik uygulanan prosedürlerin bütünüdür (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016).

Tarihsel süreci incelendiğinde yoğun bakım, Kırım Savaşı'ı sırasında Florence Nightingale'in, primer amacı yaşamı tehlikeye sokan hastalığı ve travması olan hastaların bakım ve tedavilerinin diğer hastalardan ayrı bir yerde hemşirelerin çalışma alanlarına yakın, hasta bakımı konusunda tecrübesi fazla olan hemşireler tarafından verilen bakımın ve uygulanan tedavilerin iyileşme oranlarında olumlu sonuçlarını ortaya çıkarması ve bu düşüncenin uygulamaya konulmasına dayanarak ortaya çıkmıştır (Adsay 2015, Şahinoğlu 2011, ss. 1-4).

Yoğun bakımlarda yapılan hasta takipleri, tanılamalar ve uygulanan tedaviler yaşamı tehdit edici hastalıkların ve durumların azalmasını sağlamakla birlikte hastaların olumsuz deneyimlerle karşı karşıya kalmalarına da sebebiyet verebilmektedirler (Yaman Aktaş ve diğ. 2015). Yoğun bakımda tedavi gören bireyler genel olarak fiziksel, fizyolojik, çevresel ve emosyonel stres durumlarıyla karşılaşmaktadırlar (Adsay 2015, Çınar ve diğ. 2011).

Hareketsizlik, mekanik ventilasyon (MV) ihtiyacı, oksijen maskesi varlığı, aspirasyon işlemi, susuzluk, ailenin ayrı kalma, yabancı bireyler, kötü rüya ve halisünasyon görme, ağrılı işlemler, hastalık süreci ve uygulanan tedaviler konusunda bilgi eksikliği, cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyon riski, rahatsız edici görüntüler ve kokular, yalnız kalma hissi, korku, makine gürültüleri, uykunun kesintiye uğraması, çeşitli tüp ve bağlantıların bulunması, yapılan uygulamalar ve iletişimi sağlamada zorlanma hastaları etkileyen stresörler olarak sayılabilmektedirler (Adsay 2015, Alasad ve diğ. 2015, Aslan

2010, Başar 2017, Hintistan ve diğ. 2009, Hofhuis ve diğ. 2008, Yaman Aktaş ve diğ. 2015).

Bu stres durumlarına hastanın cevabı tıbbi tanı, prognoz, sosyal destek, kültürel faktörler, aile bireyleriyle ilişki, yaş, cinsiyet, gelişim seviyesi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösterir. Fiziksel hastalıklar, cerrahi girişimler ve travmanın stres etkisi bireyin benlik kavramında sorunlar ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir (Adsay 2015). Yoğun bakım ünitelerinde strese sebep olan etmenler hastalarda duyuşsal yoksunluk ve duyuşsal yüklenme gibi durumların oluşmasına ve yoğun bakım sendromunun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Tunçay ve Uçar 2010). Hastaların daimi olarak algısal uyarınlarla karşı karşıya kalmaları normal algıyı bozarak deliryuma neden olmaktadır (Şahin 2018).

Bu sebeple çalışma, cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların bu ünitelerde kaldıkları sürece yaşadıkları deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile planlandı.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Yoğun bakım; bir ya da birden fazla organın geçici veya kalıcı olarak yetmezliğe girmesi sonucunda vücudun dengesinin bozulması ile sonuçlanan durumlarda, ileri teknolojik cihazlar kullanılarak tanılamaya yönelik tetkik yapılarak gerekli tedavilerin uygulanması ve gelişmiş düzeyde bakım yapılarak vücudun dengesinin korunmasına, fonksiyonlarını sürdürmesine yönelik uygulanan prosedürlerin bütünüdür (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016).

Kritik bir tıbbi ya da cerrahi hastalığı, organ ya da organ sistemlerinde yetmezliği mevcut olan, yaşamsal fonksiyonlarının sürdürülebilmesi için yoğun bakım izlemine ve tedavisine bağımlılığı olan hastalara teknolojik cihazlar kullanılarak 24 saat bakım verilmesine olanak sağlayan üniteler “yoğun bakım üniteleri” olarak adlandırılmaktadırlar (Adsay 2015, Yaman Aktaş ve diğ. 2015, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016).

2.1 YOĞUN BAKIMIN TARİHÇESİ

Tarihsel gelişim sürecinde yoğun bakım kavramı ve yoğun bakım üniteleri Florance Nightingale’in Kırım Savaşı’nda (1852) primer hedefi yaşamı tehlikeye sokan hastalığı ve travması olan askerlerin bakım ve tedavilerinin diğer hastalardan ayrı, hemşirelerin çalışma alanları yakınında tutularak tecrübeli hemşirelerin bakım ve tedavi sağlamaları sonucunda iyileşme oranlarında artış görülmesi üzerine bu düşüncenin uygulamaya konulmasıyla ortaya çıkmıştır (Biket ve Tönük 2012, Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28).

Yaklaşık bir buçuk asır kadar önce, cerrahi girişim geçiren hastalar girişim sonrasında bakım ve gözetim amacıyla ameliyat edildikleri odalara yakın ayılma odalarında tutulmaktaydılar. Hilberman bu ayılma odalarını yoğun bakımın temeli olarak tanımlamıştır (Şahinoğlu 2011, ss. 1-4). Tıp ve teknolojik alanlardaki gelişmelerle birlikte hastalıkların fizyopatolojileri konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olunması, durumu

kritik ve standart tedavi yaklaşımlarının yararlı olmayacağı düşünölen hasta bireylerin de iyileşebileceği fikrini ortaya çıkarmıştır. Bu şekilde çok yönlü bilginin ve cihazların tedavisi zor ya da acil tedavi gerektiren hastalar için kullanılmaya başlaması yoğun bakım kavramını ortaya çıkarmış ve aynı zamanda yoğun bakım hedefleri ve sınırlarının belirlenmesine yardımcı olmuştur (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28).

Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan ilk yoğun bakımlar 1920'li yıllarda "Johns Hopkins Hospital-Baltimore"da postoperatif beyin cerrahisi hastalarına yönelik üç yataklı klinik, 1927'de "Sarah Morris Hosptal-Chicago"da açılan ilk prematüre yenidoğan kliniği ve İkinci Dünya Savaş'ı zamanında açılan, anestezi uzmanlarının çalıştığı şok servisleridir. 1930'lu yıllarda "Tubingen Hastanesi-Almanya"da genel cerrahi hastalarının cerrahi sonrası bakımları ve takipleri için geliştirilmiş ve bu alandaki gelişmeler daha sonraki yıllarda birbirini takip etmişlerdir (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28).

Ölkemizde de yoğun bakım ile ilgili gelişmeler Avrupa ile aynı zamanda başlatılmıştır. İlk yoğun bakım Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde açılmış olup dört yatakla hizmet vermeye başlayıp kısa bir zaman dilimi içinde önce 12 yataklı daha sonra 30 yataklı bir yoğun bakım ünitesi olarak hizmet vermiştir (Şahinoğlu 2011, ss. 1-4). Günümüzde mevcut olan yoğun bakım ünitesi 1953'de Biorn İbsen isimli bir anestezi hekimi öncülüğünde Kopenhag'da açılmıştır. Yoğun bakım ünitesi terimi ilk olarak 1958'de Peter Solar adında bir anestezi hekimi tarafından ortaya atılmıştır (Biket ve Tönük 2012). YBÜ'leri mevcut düzeylerine alanında deneyimi olan hemşire, hekim, teknik personel ve cihazlarla verdikleri bakım ve tedavi hizmetleriyle yüzyılı aşkın bir zaman içerisinde ulaşmışlardır (Şahinoğlu 2011, ss. 1-4).

2.2 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN FİZİKİ ÖZELLİKLERİ

Yoğun bakım üniteleri buldukları hastanedeki kliniklerden, hastalar, ziyaretçiler ve hastane çalışanlarının kullanım yerlerinden ayrı olarak asansörler, acil servis, ameliyathane, laboratuvar ve tıbbi görüntöleme alanlarının yakınında olacak şekilde, hastalık grupları göz önünde bulundurularak farklı alanlar olarak veya durumu kritik

olan bütün hasta bireylere sağlık hizmeti sunulacak biçimde genel bir klinik olarak düzenlenirler. Yoğun bakım yatak sayısı gereksinime göre belirlenmeli ve yoğun bakım ünitesi 8-12 yataklı olarak düzenlenmelidir. Her bir yatak için 40 m²'lik alan oluşturulmalıdır. Yoğun bakımlar yatak sayısı 10'a kadar ise tek ünite, sayı 10'dan daha fazla ise 6-10 yataktan mevcut olan birden çok ünite olarak düzenlenirler (Adsay 2015, Akdemir 2013, Yaman Aktaş ve diğ. 2015, Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ 2011, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016, Topeli İskit 2005).

Görevli ekibin hastaların sürekli izlemelerini sağlayabilecekleri bir alan, her 4 yatak için en az bir adet rahat ulaşılabilir uzaklıkta yapılmış el yıkama lavabosu, yatak aralarında ayırma düzenekleri, her bir yatak için el dezenfektanı ve her yatağa özel elektrik ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır. Zemin ve duvarlardaki döşemelerin rahat temizlenebilecek özellikte olması gerekmektedir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016).

Yoğun bakım üniteleri açık koğuş sistemi, ayrı izole oda sistemi ya da her iki sistemin birlikte uygulandığı modüler sistem olarak birden fazla hastaya bakım ve tedavi sağlamaya uygun biçimde planlanabilirler. Yoğun bakım ünitesinin açık koğuş sistemi olarak düzenlenmesi durumunda her bir yatak arasında 2.5 metre uzaklık olmalıdır (Topeli İskit 2005). Yoğun bakım ünitelerinin duvar ve yer kaplamaları vinil içerikli olmalıdır. Bu sayede alanın kolay temizlenmesi ve enfeksiyonların önlenmesi de sağlanır. Alanın nem oranı yüzde 30-60, sıcaklığı ise 21-24°C olacak şekilde ayarlanır (Çakır ve Alhan 2015, s. 8). İmmün sistemi baskılanmış olan hastaların izlemlerinin yapıldığı yoğun bakım ünitelerinde hepafiltre ya da türevi olan, mikroorganizmaları süzerek tutabilen havalandırma sistemleri kullanılmalıdır. Bu türden hastaların izlemlerinin yapılmadığı üçüncü basamak yoğun bakımlarda ise izolasyon odasının bulunması yeterlidir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008/2016).

Yoğun bakım ünitelerinde tıbbi malzemelerin bulunduğu, malzemelerin ayrı bölmelerde konumlandırıldığı ve havalandırma sisteminin iyi çalıştığı bir depo bulunmalıdır. Steril ve non-steril malzemeler ayrı yerlerde bulunmalıdır. Ek olarak kirli malzemelerin

tutulması amacıyla da belli alanlar ayrılmalıdır. Bu kirli odalardaki havalandırma sistemi dışarıya doğru çalışacak şekilde tasarlanmalıdır (Çakır ve Alhan 2015, s. 8). Ayrıca hastaların oryantasyonlarında bozulmanın önlenmesi amacıyla ortamda saat, televizyon gibi araçlarda bulundurulmalıdır (Topeli İskit 2005).

2.3 YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN SINIFLANDIRILMASI YOĞUN BAKIM TÜRLERİ

Yoğun bakım üniteleri yatışı yapılacak hastanın klinik tablosuna, görevli ekibe, donanımına ve fiziksel özelliklerine göre sınıflandırılırlar. Yoğun bakımlar, yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesinde hizmet düzeylerine göre 3'e ayrılırlar;

Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Hayati fonksiyonları bozulmuş ya da bozulma riski olan, solunumsal açıdan desteğe ihtiyacı olmayan, ciddi enfeksiyonu, zehirlenme durumu, hafif travması olan ve yakın izlem yapılması gereken hastaların kabul edildikleri en az iki yatağı mevcut ve her nöbette bir hemşirenin bulunması gerekli olan ünitelerdir (Çakır ve Alhan 2015, ss. 7-9, Çelik 2014, ss. 1-7, Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28). Birinci basamak yoğun bakım ünitelerinde temel monitörizasyon, entübasyon, sıvı replasmanı, kan ve kan ürünleri replasmanı ve kardiyopulmoner resüsitasyon yapılabilir. Bu ünitelerde hastanın stabilizasyonu sağlandıktan sonra ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerine transferi sağlanabilir (Çakır ve Alhan 2015, ss. 7-9).

İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Organ yetmezlikleri başlayan, hayati fonksiyonlarının desteklenmesine ihtiyacı olan, kardiyak, hepatik ve renal yetmezlikleri olması sebebiyle majör cerrahi girişim geçiren, septik şok tablosunda, ağır travmalı, hipotansiyonu, hipoksisi bulunan, akut respiratuvar distres sendromu olan hastalar ve kardiyotorasik post-operatif hastaların yatışlarının yapıldığı ayrıntılı izlem, girişim ve tedavinin uygulandığı ve aynı zamanda MV, diyaliz ve hemofiltrasyon v.b destekleyici tedavilerin yapıldığı, en az dört yatağı mevcut olan ve ünitelerdir. Bu ünitelerde her nöbette dört yatak için en az bir hemşire, dört adet

yoğun bakım yatağı, her yatağa ait bir monitör ve bir ventilatör, taşınabilir ventilatör, transport röntgen aygıtı ve kan gazı cihazı olmalıdır (Çakır ve Alhan 2015, ss. 7-9, Çelik 2014, ss. 1-7, Günerli ve Gökmen 2011, ss.5-28).

Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Birden fazla organda işlevsel bozukluğu ve yetmezliği mevcut olan üst düzey bakım uygulamaları ve tedavilerin yapıldığı hastaların yattıkları ünitelerdir (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28). Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri en az altı yatağa sahip olmalı, negatif basınçlı en az bir izolasyon odası ayrılmalı ve her bir nöbette üç hastanın bakım ve izlemine sağlayacak en az bir hemşire bulunmalıdır. Üniteye altı adet yoğun bakım yatağı, her yatak başına bir monitör, her yatağa ait bir ventilatör, portatif röntgen cihazı, kan gazı cihazı, taşınabilir ventilatör, noninvaziv mekanik ventilatör, defibrilatör, havalı yatak ve mama pompası bulunmalıdır (Çakır ve Alhan 2015, s. 8).

Yoğun bakımların bir uzmanlık alanı olarak gelişimleri farklı alanlara ayrılarak hizmet sağlamalarına neden olmuştur. Yoğun bakımlar; cerrahi yoğun bakım ünitesi, koroner yoğun bakım ünitesi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, pediatri yoğun bakım ünitesi, acil yoğun bakım ünitesi, beyin/sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesi ve yanık yoğun bakım ünitesi olmak üzere farklı türlere ayrılırlar (Adsay 2015, Çelikel 2001, Şahin 2018).

2.4 YOĞUN BAKIMA HASTA KABUL KRİTERLERİ

Yoğun bakım hastası standart hastane bakımı ve tedavisinin yetersiz olduğu, organizmanın geçirdiği ağır hastalık, zehirlenme, travma ya da cerrahi girişimden dolayı önceden tahmini mümkün olmayan komplikasyonlar sebebiyle hayati fonksiyonlarını sürdürebilmek için sürekli izlem ve destek tedaviye ihtiyaç duyan hasta grubudur (Günerli ve Gökmen 2011, ss. 5-28).

Dünya’da ve Türkiye’de nüfus artışına bağlı olarak yoğun bakım talebi de gün geçtikçe çoğalmaktadır. Yoğun bakımlarda tedavilerin pahalılığı ve yatak sayısının azlığı hasta

kabulünde yoğun tedavi ve izleme ihtiyacı olan, hayati açıdan önceliği mevcut hastaların seçilmesi açısından önem taşımaktadır (Çelik 2014, ss. 1-7, Kurucu ve diğ. 2013).

Hastalar geçirmiş oldukları cerrahi girişimin türüne göre kalp ve damar cerrahisi, nöroşirurji cerrahisi, göğüs cerrahisi ya da genel cerrahide olduğu gibi ameliyathaneden doğrudan yoğun bakıma transfer edilebilir veya ameliyat sonrası bakım birimlerinde genel durumları stabilizekene kadar tutulduktan sonra tıbbi durumları sebebiyle de yoğun bakım ünitelerine alınabilirler (Eti Aslan 2017, ss. 249-278).

2.5 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE YOĞUN BAKIM DENEYİMİ

Hemşire, uzman hekim, teknik personel ve cihazların bulunduğu üniteler olarak hizmet veren yoğun bakım üniteleri hastanın fiziksel, sosyokültürel, psikolojik ve çevresel olarak olumsuz etkilenmesine sebep olan bazı faktörleri içermektedirler. Hastalara girişimsel işlemlerin sürekli yapıldığı, mortalite ve morbidite durumlarının fazla olduğu bu ünitelerde kaliteli bakım sunmak için hemşirelere sorumluluklar yüklenmektedir. Türk Dil Kurumu'na göre deneyim "bir kimsenin belli bir sürede veya hayat boyu edindiği bilgilerin tamamı, tecrübe" olarak tanımlanır. Hastaların yoğun bakım deneyimlerini ağrı, uykusuzluk, iletişim, ziyaret, bilgilendirme, mahremiyet, gürültü ve enfeksiyon gibi birçok faktör etkileyebilmektedir (Akın Korhan ve diğ. 2009, Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013).

2.5.1 Ağrı

Ağrı; vücutta bir travma oluşumuna veya travma tehdidine bağlı olarak ortaya çıkan, öznel, hoş olmayan, panik olmaya ve ağrıyı ortadan kaldırmaya yönelik tepkiler vermeye sebep olabilen bir durumdur (Çelik 2016, Eti Aslan ve Yıldız 2017, ss. 109-136). Yoğun bakımda hastaların ağrı hissetmelerine MV'a bağlı olma, endotrakeal ve trakeal aspirasyon, pansuman yapılması, pozisyon değişimi, ağız ve göz bakımları,

tanılama ve tedavi etmek amacıyla yapılan noninvaziv ve invaziv uygulamalar, cerrahi işlemler sebep olabilmektedir (Gündoğan ve diğ. 2016, Şapulu Alakan ve Ünal 2017).

Şiddetli ağrı yoğun bakım hastalarında olumsuz psikolojik ve fizyolojik durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ağrı; kandaki pıhtılaşmanın artmasına, damarlarda daralmaya, disimilasyonda artışa, dokularda iskemiye, uyku bozukluklarına, post travmatik stres bozukluğuna, anksiyeteye, depresyona, deliryuma, ajitasyona, immun sistemde baskılanmaya, tedavi maliyetlerinde artışa sebep olarak mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemekte ve yoğun bakımda kalma sürecini uzatmaktadır (Çelik 2016, Gündoğan ve diğ. 2016). Ağrıyı değerlendirmede hasta ifadesi en uygun seçenektir, fakat hastanın entübe olması, sedatize olması, bilinç değişiklikleri, paraliziyeye sebep olan ilaç tedavisi vb. nedenlerden dolayı sözel iletişimde bozulma olabilir ve ağrı değerlendirmesini yapmak zorlaşabilir (Çelik 2016).

Cerrahi girişime bağlı oluşan ağrı; cerrahi kesi sebebiyle başlayıp, kısa süre ve genel olarak lokalize hissedilen, yaranın iyileşmesine göre azalarak ortadan kalkan ağrı türüdür. Cerrahi girişimin derecesine, lokalizasyonuna, uygulanan anestezinin tipine, ağrının subjektifliğine, hastanın yapılan tedaviye ve ağrısına verdiği değere göre cerrahi ağrının görülme sıklığının farklılaşabileceği düşünülebilmektedir. Ağrı oluşumu organizmayı tehdit edici bir unsurdur ve olması gerekenden daha fazla sürmesi durumunda vücutta ağrı varlığına karşılık olarak ortaya çıkan fizyopatolojik cevaplar sonrasında atelektazi, hipoksemi, taşikardi, kan basıncında yükselme, idrar tutulması, hiperventilasyon, yara iyileşme süresinde uzama, hareket kısıtlılığı, korku, anksiyete hissetme, uyuyamama, katekolamin ve kortizol seviyelerinde artışa bağlı kan glukozunda artma gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Acar ve diğ. 2016). Ağrının engellenebilmesi için opioidler, non-opioidler ve adjuvan analjezikler olmak üzere üç grup ilaç kullanılmaktadır.

Sistemik analjezi sağlayabilen opioid türü analjezik ilaçlar merkezi sinir sisteminde bulunan opioid reseptörlerine bağlanma yoluyla etki etmektedirler. Bu ilaçlar karaciğerden metabolize olarak idrar yoluyla vücuttan uzaklaştırılmaktadırlar. Opioidler eğer uzun süreli kullanılırlarsa ilaca karşı tolerans oluşabilmektedir. Non-opioid

analjezikler orta şiddette ağrıyı önlemede etkin olan, yan etkileri daha az bulunan ve en sık kullanılan ilaçlardır. Santral sinir sisteminde prostoglandin sentezini engelleyerek etki göstermektedirler. Adjuvan analjezikler ise temel olarak ağrıyı gidermek amacıyla kullanılmayan, farklı hastalıkların tedavi edilmesi için kullanılırken bazen de ağrı durumunu ortadan kaldırmak sebebiyle kullanılarak analjezi etkisini ortaya çıkaran türdeki ajanlardır (Eyigör ve Köken 2017, Eti Aslan 2014, ss. 127-148, Tel Aydın ve Öztürk Birge 2017, ss. 263-299).

Analjezi uygulaması bazı durumlarda ağrıyı önlemede yetersiz kalabilmektedir ve olumsuz yan etkileri bulunmaktadır. Bu sebeple ağrı yönetiminde farmakolojiye ek olarak dikkati başka yöne çekme, gevşeme, terapotik dokunma, bilgilendirme yapma, akupunktur, müzik, masaj ve aromaterapi gibi non-farmakolojik metodlarda kullanılmaktadır (Yılmaz ve Gürler 2011).

2.5.2 Uykusuzluk

Uyku, organizmanın aktif olmadığı, çevresi ile etkileşime kısmen kapalı olduğu, geri döndürülebilir fiziksel ve zihinsel bir durumdur. İnsan yaşamının ortalama olarak üçte birini oluşturmaktadır ve günlük uyku ihtiyacı 7-8 saat arasındadır. Bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için uyku ihtiyacının düzenli olarak karşılanması gerekmektedir. Bu sebeple uykunun süresi kadar nicelik ve niteliği de önem taşımaktadır. Uykunun niceliği kişisel uyku vaktine etki eden; yaş, cinsiyet, emosyonel durum, ilaçlar, fiziksel aktiviteler, beslenme alkol ve uyarıcı maddeler vb. faktörleri, niteliği ise bireyin uyku safhalarını yaşamasını kapsamaktadır. Yeterli olarak uyumama durumunda ise bireyde yorgunluk, tedirginlik, vücudun işlevlerinde yavaşlama ve kontrol kaybı meydana gelebilmektedir (Adsay 2015, Yaremchuk ve Wardrop 2011).

Hastalık durumunda birey ortaya çıkan strese karşı koyma çabasıdayken temel ihtiyaçlarını da karşılayabilmek durumundadır. Bu nedenle uykunun sağlanabilmesi önemlidir. Bedenin bir diğer güne hazırlığı için hasta bireylerin uykuya gereksinimleri daha fazladır. Hastane ortamında bakım ve tedaviyle ilişkili girişimler hastanın uyku periyoduna uygun düzenlenmemektedir. Farklı ortam, gürültü, yapılan girişimler

uykuyu bölerek hastanın rutin uyku saatlerinde uyuyamamasına sebep olmaktadır (Uslu ve Demir Korkmaz 2015).

Uyku yoğun bakım hastalarında da yoğun bakım psikozunu önlemek ve iyileşmeyi hızlandırabilmek için önemli bir faktördür (Adsay 2015). Yoğun bakım hastalarında derin uyku safhaları nadir görülmektedir. Bu duruma hastalığın türü ve şiddeti, gürültü, ışıklandırmalar, alan sıcaklığı gibi çevresel etmenler, hasta bakım ve ilaç uygulamaları, tanılama amaçlı yapılan testler, MV, entübasyon, aspirasyon, anksiyete, ağrı, fiziksel aktivitenin kısıtlanması gibi etmenler sebep olmaktadır. Çevreye bağlı etmenlerin düzeltilmesi yoğun bakım hemşiresinin sorumluluğundadır (Uslu ve Demir Korkmaz 2015).

Cerrahi girişimler de hasta bireyler için olumsuz ve umulmadık deneyimlerdir. Hastaların hastalıkla ilişkili kaygıları, ağrı ve cerrahi girişim sonrasında pozisyonun kısıtlanması vb. sebeplerle uykunun kalitesinde azalma meydana gelmektedir. Uykuda bozulmanın genel olarak sağlık üzerinde istenmeyen etkileri mevcuttur. Uykusuzluk ağrı eşliğinde düşmeye ve istenmeyen komplikasyonların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple cerrahi girişim sonrası uyku bozukluğuna sebep olan etmenlerin elimine edilmesi ve normal uyku döngüsünün sağlanabilmesi önem taşımaktadır (Uslu ve Demir Korkmaz 2015).

2.5.3 İletişim Güçlüğü

Yoğun bakımda tedavi gören hastaların mevcut durumları sebebiyle iletişimleri değişiklik gösterebilmektedir. Yoğun bakımlarda hastaların bilinçlerinin açık olmaması, hastaların MV'a bağlanmaları, çalışma şartları, alanın yoğunluk durumu vb. sebeplerle sözel iletişimde azalma meydana gelebilmektedir. Bu nedenle tedavi gören hastalar ve yakınları ile iletişim önemli bir konudur (Akdemir 2013).

YBÜ'sinde hastanın fiziksel bakım ihtiyaçları sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarından daha ön planda tutulabilmektedir. Bu sebeple yoğun bakım hemşiresi hastayı psikososyal açıdan da düşünerek etkin iletişimde bulunmalıdır. Fakat yoğun bakımda hasta ile etkin

iletişimde bulunmanın önemli olduğu bilinmesine rağmen bazı durumlar iletişimi engelleyebilmektedir. Bu durumlar; sağlık çalışanının iletişim kurmaya istekli olmaması, çalışma saatlerinin ve iş yoğunluğunun çok olması, çalışanın bireysel sorunları, vardiya değişiminde hastanın yalnızca fiziksel durumun konuşulup ruhsal halinin önemsenmemesi, hasta hakkında yetersiz bilgi sahibi olunması, hastanın oryantasyonunda bozulma, şuur kaybı, depresyon, ziyaret kısıtlaması, hastanın entübe veya trakeostomize olması, yabancı dil, gizliliğin yetersiz olması, cihaz gürültüsü, yoğun bakım çalışanları arasında etkin iletişimin olmaması, çalışan sayısının fazla olması olarak sayılabilmektedir (Aktaş ve Baysan Arabacı 2016).

Hastaların yoğun bakıma kabulleri genelde ani gelişen bir duruma bağlı olmaktadır. Hasta yakınları hazırlıksız oldukları ve bilmedikleri durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Hastalarının durumu hakkında bilgi verilmemesi ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak destek sağlanmaması durumunda umutsuzluk ve çaresizlik duyabilmektedirler. YBÜ’ünde tedavi ve bakımı sağlanan hastaların yakınlarının desteğe ihtiyaç duydukları durumlar; bilgi alma, etkin iletişim kurma, hastaları ile beraber vakit geçirme, duygularını açıklayabilme ve hastaya yardımda bulunma olarak ifade edilmektedir. Bu ihtiyaçların karşılanması yoğun bakım hemşiresinin birincil görevlerindedir. Yoğun bakım hemşiresi, hastanın bakımı ve tedavisini sağlarken hasta yakınlarını da bakım süreciyle birlikte değerlendirmelidir. Hasta ve yakınları bir bütün olarak düşünülmeli, gereken durumlarda eğitim ve destek sağlanmalı, hastanın prognozu hakkında verilen bilgiler sade bir dille ve anlaşılır şekilde açıklanmalıdır (Gürkan 2009).

2.5.4 Ziyaret Kısıtlılığı

Yoğun bakım üniteleri fiziki yapı ve işleyişleri sebebiyle hastanelerin diğer birimlerinden farklı alanlardır. YBÜ’lerinde hastaların mevcut durumları, ortamda birçok hasta bulunması, hasta mahremiyeti, izolasyon varlığı ve hastane politikaları sebebiyle ziyaret sınırlandırılabilir. Aile bireylerinin enfeksiyon riskine neden olabilecekleri düşünülerek ziyaret kısıtlanabilmektedir. Ziyaretin hastaya taşıkardi, kan basıncında yükselme, aritmi ve anksiyete gibi değişimlere sebep olacağı düşüncesiyle

yoğun bakımlarda ziyaret kısıtlanmakta ya da tümüyle yasaklanabilmektedir. Yoğun bakımda hasta ziyareti hemşirelerin iş yükünü artırmaya sebep olmakla birlikte hasta ve aile bireylerine olumlu yönde etki etmektedir. Hastaya ve aile bireylerine yoğun bakım ortamıyla alakalı bilgilendirme yapılmalı ve aile bireyleri desteklenmelidir (Taşdemir ve Özşaker 2007).

2.5.5 Bilgilendirme Eksikliği

Yoğun bakım hastalarına verilen bakım, uygulanan tedavi ve kurulan iletişim başka kliniklerde yatan hastalarla karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Yoğun bakımda hastaların bilinçlerinin açık olmaması, yatağa bağımlı bulunmaları ve tümüyle bakıma muhtaç olmaları yoğun bakım ekibinin yaptığı uygulamalarda hastayla iletişim kurmalarında problem yaşamalarına sebep olabilmektedir. Buna rağmen etkili iletişim kurulması hastayı her açıdan olumlu etkilemektedir. Hastanın kritik bir halde yoğun bakıma alınması aile bireyleri için kötü bir tecrübedir (Kutlu 2007).

Yoğun bakımda bilinci kapalı olmayan hastaların kendi durumlarını anlamaları, alanda monitörize takip edilmeleri, ventilatöre bağlı bulunmaları, infüzyon seti, kateterler vb. sebeplerle hareketlerin sınırlandırılması, ağırlı işlemler, gece gündüz ayrımının karışması, yabancı insanlar ve yabancı çevrede bulunma, uykuda bozulma, cihaz sesleri, aile bireylerinin yanlarında bulunmaması, yapılan işlemlerle ilgili yeterli bilgi alamama, yoğun bakıma bağımlı olma hissi gibi etmenler hastaların deliryum, anksiyete, disoryantasyon yaşamalarına ve farklı psikolojik belirtilerin görülmesine sebep olabilmektedir (Kutlu 2007).

Bu durumların önlenmesi için hasta ve aile bireylerine yapılan girişimler ve işlemlerle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Hastanın yoğun bakıma alınma sebebi, kalacağı süreçte yapılacak işlemler ve biliniyorsa yoğun bakımda kalma süresi hakkında açıklamalarda bulunulması gerekmektedir (Akdemir 2013).

2.5.6 Mahremiyetin Sağlanması

Yoğun bakım üniteleri fiziksel şartları, yatan hastaların mevcut durumları ve uygulanan girişimler sebebiyle mahremiyetin sağlanması gereken alanlardır. Hastalara bakımın ve tedavinin sağlandığı bu birimlerde kişilik hakkı, gizlilik ve mahremiyete bağlı etik problemler ortaya çıkabilmektedir. Hastaların yatağa bağımlılıklarının bulunması sebebiyle temel gereksinimleri yoğun bakım çalışanları tarafından yatak içerisinde giderilmektedir. Mahremiyetin sağlanabilmesi için hastalar mümkünse tek kişilik odalara yerleştirilmeli, birden fazla yoğun bakım yatağının bulunduğu alanlarda perde kullanılmalı, bakımda ve yapılan tüm girişimler sırasında perdeler kapalı tutulmalıdır (Akdemir 2013, Tunçay ve Uçar 2010, Yaşar Soydan ve diğ. 2016).

Yoğun bakım hemşiresi hasta hakkındaki gizli bilgileri özenle saklamalı ve hastanın gizlilik hakkını savunmalıdır. Gizlilik durumunun sağlanması hastanın hemşireye güvenmesini engelleyerek hasta hemşire arasındaki iletişimin bozulmasına neden olmaktadır (Yalçın ve Aştı 2011).

2.5.7 Gürültü

Gürültü, Türk Dil Kurumu'na göre "aralarında uyum bulunmayan düzensiz seslerin bütünü, patırtı, şamata" olarak tanımlanmaktadır. Şiddeti desibel (dB) birimi ile ölçülmektedir. İnsan kulağı 0-130 dB aralığındaki sesleri duymaktadır. 0-50 dB arası sesler kolay duyulabilir ve bireyde huzursuzluk meydana gelmez. Fakat 85 dB ve üzerindeki sesler bireyin rahatsızlık duymasına neden olmaktadır. 85 dB'i aşan seslere fazla maruz kalmak kulağın zarar görmesine sebep olmaktadır (Özkan ve Boyacıoğlu 2018).

Dünya Sağlık Örgütü hastane ortamında gürültünün gündüz 35 dB, geceleri 30 dB'den fazla, Çevre Koruma Birliği ise gündüz 45 dB, gece 35 dB'den fazla olmaması gerektiğini belirtmektedirler. Yapılan araştırmalarda ise hastane ortamında özellikle de yoğun bakımlarda gürültü seviyesinin önerilenden fazla olduğu ifade edilmektedir (Kol ve diğ. 2015).

Yoğun bakımlarda gürültüye neden olan etmenler yoğun bakım çalışanlarının fazla sayıda bulunması, telefon sesleri, monitör ve ventilatör alarmları, infüzyon pompası alarmı, nebulizatör sesleri, hemşire bankosundaki konuşmalar, bakım etkinlikleri, kapı sesleri ve malzeme taşınan arabalar olarak sıralanabilmektedir. Gürültü yoğun bakım hastalarında taşikardiye, kan basıncının yükselmesine, adrenalinin artmasına, solunum hızında artışa, uykuda bozulmaya, sıkıntı, sinirlilik, anksiyete, rahatsızlık, baş ağrısı ve strese neden olmaktadır. Yoğun bakımda aşırı gürültü hastaların, sanrılar, halüsinasyonlar, paranoya, uyku bozuklukları ve oryantasyonda bozulma yaşamalarına neden olarak bunlarla bağlantılı olan yoğun bakım deliryumunun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Özkan ve Boyacıoğlu 2018).

Gürültüyü azaltabilmek için YBÜ'lerindeki cihaz alarmları ve telefon sesleri yoğun bakım ekibinin duyacağı seviyede açılmalıdır. Duvar, zemin ve tavanlar sesi geçirmeyen malzemedan yapılmalı, kapılar sesin geçmesini azaltabilmek için asimetrik olarak açılabilmeli ve cam kapılar kullanılmalıdır (Akdemir 2013).

2.5.8 Enfeksiyonlar

Yoğun bakım üniteleri hastane enfeksiyonlarının en fazla görüldüğü kliniklerdir. YBÜ'lerinde ortaya çıkan başlıca enfeksiyonlar; ventilatör ilişkili pnömoni, mesane kateteri ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, santral ve periferik kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları ve cerrahi alan enfeksiyonları olarak sıralanabilmektedir. Yoğun bakımlarda hastane enfeksiyonu riskinde artmaya sebep olan etmenler arasında ise hastaların ağır klinik durumu, geriatric hastaların olması, cerrahi girişim yapılmış, immünosupresif, metabolik bozukluk ve maligitesi mevcut hastaların olması, entübasyon, trakeostomi açılması, asepsiye uyumsuzluk, hasta sayısının fazlalığı, çalışan sayısında yetersizlik, el yıkamanın önemsenmemesi, izolasyon kurallarına uyumsuzluk, aşırı antibiyotik tedavisi ve invaziv kateterlerle yapılan işlemlerin çokluğu sayılabilmektedir (Akbayrak ve Bağçıvan 2010, Bozkurt 2017, s. 435-455, Kalkan ve Karadağ 2017, Yüceer ve Demir 2009).

2.6 YOĞUN BAKIM HASTALARININ DENEYİMLERİNİ ETKİLEYEBİLECEK GİRİŞİMLER VE BAKIM UYGULAMALARI

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar yakın izlem ve yoğun takip gerektiren tıbbi durumları nedeniyle kritik hastalar olduklarından hemodinamik monitörizasyon, arteriyel kateterizasyon, santral venöz kateterizasyon, pulmoner arter kateterizasyonu, üriner kateterizasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal entübasyon ve endotrakeal aspirasyon gibi birçok invaziv ve noninvaziv girişimlere maruz kalırlar. Ayrıca cerrahi girişim bireyin benlik kavramında rahatsızlıkların oluşmasına sebep olabilir (Akdemir 2013, Alasad ve diğ. 2015, Çam ve Şahin 2018). Bu nedenle hastalar fiziksel, çevresel, fizyolojik ve psikososyal açıdan birden çok stres yaratan durumla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu stres faktörleri hastanın yoğun bakım deneyimini etkileyebileceği için yoğun bakım hemşiresi hastanın karşılaşılabileceği bu durumları tanımlamalı ve uygun girişimleri belirlemelidir (Kavuncu 2016).

Hastalara yoğun bakımda uygulanan hemodinamik monitörizasyon, arter kateterizasyonu, santral venöz kateterizasyon ve oksijenizasyonu sağlayan mekanik ventilasyon gibi invaziv / noninvaziv girişimlerin ve bakım uygulamalarının hasta üzerindeki etkileri bilinmeli ve bu doğrultuda bakım ve tedavi sağlanmalıdır (Alasad ve diğ. 2015).

2.6.1 Hemodinamik Monitörizasyon

Kalbin pompalama mekanizması ile kanın kardiyovasküler sistem içerisindeki hareketliliği arasındaki ilişki hemodinami olarak tanımlanır. Monitörizasyon hastanın hayati fonksiyonlarının izlenmesi veya takip edilmesi işlemidir. Monitörizasyondaki amaç vücuttaki biyofiziksel durumların elektriksel sinyallere çevirerek gözle görülür, ölçülür ve kayıt edilebilir olmasını sağlamaktır. Hemodinamik monitörizasyon hastanın vasküler sistemine invaziv bir kateter konularak kan hacmi ve kan dolaşımının izlenmesidir (Coşar ve Eşkin 2011, Türkmen 2017).

Durumu riskli olan hastalarda kan basıncı, nabız, solunum hızı, saturasyon, vücut sıcaklığı ve solunum, dolaşım, hepatik, renal, serebral organ fonksiyonlarının yakın

takip edilmesi önem taşımaktadır. Hemodinamik monitörizasyon şekilleri ise kan basıncının monitörizasyonu, elektrokardiyografi, ekokardiyografi, pulmoner arter kateterizasyonu, santral venöz basınç (CVP) ve idrar miktarının ölçümüdür (Adsay 2015).

Hemodinamik monitörizasyon yüksek riski bulunan bazı cerrahi hastalarında yoğun bakıma kabul edilmeye sebep olan önemli klinik kararlardan biridir (Akıncı 2003). Hemodinamik monitörizasyon, non-invaziv ve invaziv olmak üzere iki farklı şekilde yapılmaktadır. Nabız ile ritim takipleri, satürasyon değerinin, beden ısısının ve manşon yardımı ile kan basıncının ölçümü, idrar takibi, kapiller dolum noninvaziv monitörizasyon yapılarak belirlenmektedir (Adsay 2015, Çobanoğlu 2014).

İnvaziv hemodinamik monitörizasyonda arter kateteri ile sistolik, diyastolik ve ortalama arter basıncı, santral kateter aracılığıyla CVP ölçümü, pulmoner arter kateteriyle pulmoner arter basıncı ölçümü, kardiyak output ölçümü, sistemik oksijenasyon ölçümü, mixte venöz oksijen satürasyonu, gastrik tonometri, perfüzyon izlemi, kafa içi basıncı ölçümü ve sol ventrikül ED basınç izlemleri yapılabilmektedir (Adsay 2015).

2.6.2 Arteriyel Kateterizasyon

Arter kateterizasyonu; arteriyel kan basıncı takibi, kan gazı değerlendirmesi ve kardiyak atım ölçülmesinde kullanılan bir yöntemdir. Kateter çoğunlukla radyal artere yerleştirilir fakat bu bölgenin uygun olmaması durumunda femoral, brakial, aksiller, ulnar, dorsalis pedis veya posterior tibial arterler de kullanılabilir. Arterde tıkanma, kanama, enfeksiyon ve tromboembolitik komplikasyonlar görülebilir (Akdemir 2013, Hamsch ve diğ. 2015, Türkmen 2017, ss. 183-202).

2.6.3 Santral Venöz Kateterizasyon

Santral venöz kateterler CVP ölçümü ve izlemini yapmak, hastaya sıvı replase etmek, ilaçların infüzyonunu yapmak ve kan örneği almak amacıyla hastanın vücuduna yerleştirilen bir veya birden fazla lümeni bulunan ve juguler, subklavyen ya da femoral

vene takılan kateterlerdir. CVP; vena kava superior ya da sağ atriyum girişinin basıncı olarak adlandırılır (Smith ve Nolan 2013). Santral venöz kateterli hastalarda pnömotoraks, hidrotoraks, hemoraji, enfeksiyon, hava embolisi ve trombüs ortaya çıkabilir. Kateterizasyon öncesinde bölgede kıllar varsa kesilmeli ve cilt yüzeyinin yüzde 70'lik alkol içine yüzde iki klorheksidin ile asepsisi sağlanmalıdır. Kateterle ilişkili işlemlerde el hijyenine, aseptik yöntemlere dikkat edilmeli, kateter pansumanının kuru ve temiz olması sağlanmalıdır. Trombüsün engellenebilmesi için kateter sık aralıklarla yıkanmalıdır (Türkmen 2017, ss. 183-202).

2.6.4 Pulmoner Arter Kateterizasyonu

Pulmoner arter kateteri, hipovolemik şok, seprik şok, kardiyojenik şok, multipl organ yetmezliği ve solunum yetersizliği bulunan ve hemodinamisi değişkenlik gösterebilen riskli hastalarda kalp hastalığı tanınmasını yapabilmek ve tedaviye cevabı gözlemleyebilmek sebebiyle kullanılan bir yöntemdir (Türkmen 2017, ss. 183-202). Pulmoner arter kateteri juguler, subklavyen ya da nadir olarak femoral vena yerleştirilen ve sağ atriyum ile sağ ventrikülden pulmoner artere uzanan akış yönelimli bir kateterdir. Sağ atriyumdan ölçülen CVP, ortalama arter basıncı, pulmoner arter oklüzyon basıncı ya da pulmoner kapiller uç basıncının doğrudan eşzamanlı olarak ölçülebilmesine olanak sağlar ve bu da sol atriyumdaki dolum basınçlarının göstergesidir. Pulmoner arteriyel basınçlar sistolik, diyastolik ve ortalama basınçlar olarak üç türde tanımlanır. Sistolik basıncın 20-30 mmHg aralığında, diyastolik basıncın ise 10 mmHg üzerinde olması normal kabul edilir (Huygh ve diğ. 2016, Türkmen 2017, ss. 183-202).

2.6.5 Üriner Kateterizasyon

Üriner kateterizasyon işleminin en çok uygulanma sebepleri hastanın idrarmiktarının ölçümü ya da idrar retansiyonu olması durumudur. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalarda septik şok sebebiyle böbrek yetmezliği ortaya çıkabilmektedir. Farklı sebeplerle hastanede yatan hastalarda üriner kateterizasyon yüzde 15-25 oranında kullanılmakta olup, yoğun bakım hastalarında ise kullanım oranı yüzde 75-90'lara kadar çıkmaktadır. En sık üriner kateterizasyon uygulanma sebepleri; cerrahi girişimler, idrar

retansiyonu, idrar miktarının ölçümü, mesane karsinomları tedavisi yapılırken sitotoksik ilaçların uygulanması ve inkontinans olarak sayılabilir. Üriner kateterizasyon yapılan hastalarda idrar yolu enfeksiyonu, travma, mesane taşı, mesane karsinomu, ağrı, rahatsızlık hissi, kanama, tıkanma gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (Akdemir 2013, Akın Korhan 2017, Yüceer ve Demir 2009).

Üriner kateterizasyonu bulunan hastanın takibinde hemşire çıkan idrar miktarını, idrarın rengini ve hematürik olup olmama durumunu gözlemlemeli, hastada kateterizasyonun sebep olduğu bir ağrının olma durumunu öğrenmeli, üriner sistem enfeksiyonlarının gelişimini önleyici olarak kateterizasyon sırasında asepsi ilkelerine uymalı, kesintisiz idrar akımının oluşumunu sağlamalı, kateter ve idrar torbasının mesaneden aşağıda bulunmasını mümkün kılmalı, uygun perine bakımını yapmalı ve işlemler esnasında eldiven kullanarak, işlem öncesi ve sonrası mutlaka el yıkama işlemini sağlaması gerekmektedir. Ayrıca hastaya üriner kateterin takılma sebebini anlatılmalı, hastanın normal boşaltım alışkanlığında değişikliklere neden olarak hastayı katetere bağımlı duruma getirebileceği için ihtiyaç durumu kalktığında üriner kateterin çıkarılması sağlanmalıdır (Akdemir 2013, Akın Korhan 2017, Yüceer ve Demir 2009).

2.6.6 Oksijen Tedavisi ve Mekanik Ventilasyon

Oksijen kokusuz ve renksiz bir gazdır. Hipokseminin zarar verici ve ölümcül olan etkisini önlemek amacıyla kullanılan ve terapi sağlayan bir tedavi yöntemidir. Oksijenin uygulanabilmesi nazal kanül, rezervuarlı nazal kanül, basit yüz maskesi, kısmi geri dönüşlü maske, kısmi geri dönüşsüz maske, ventüri maskesi ve aerosol maske gibi maskeler kullanılabilir. Uygun maske seçimi hastanın durumu göz önünde bulundurularak yapılmalıdır (Htun ve Thein 2016, Uysal 2010).

Oksijen maskeleri ile uygulanan tedavinin yetersiz olması durumunda ya da farklı sebeplerden dolayı hastalara MV ile oksijen desteği sağlanabilmektedir. MV’da hedef solunumu azaltarak yaşamı tehdit edici hipoksemi ya da asidoz tablosunu iyileştirmektedir. Mekanik ventilasyonun endike olduğu durumlar ise solunum sayısında artış, solunum yetmezliği, solunumun durması, cerrahi sonrası solunum yetmezliği, akut

kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmesi, travma, ve obstrüktif uyku apnesidir (Akdemir 2013, Çekmen ve Kuruca Özdemir 2015).

MV hastanın kendi solunumunu sürdürebileceği zamana kadar solunumu destekleyici cihazlar yardımıyla akciğerlerdeki gaz değişiminin sağlanmasıdır (Çelik 2006). MV uygulaması noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ve invaziv mekanik ventilasyon (IMV) olmak üzere iki yöntemle yapılabilir. NIMV hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak bir ventilatör ve maske kullanılarak pozitif veya negatif basınçlı mekanik ventilasyon yapılmasıdır. NIMV uygulanırken nazal maske, oronazal maske, yüz maskesi ya da helmet maske tipleri kullanılır. NIMV uygulamasında daimi pozitif hava yolu basıncı (CPAP) veya inspirasyon ve ekspirasyonda farklı basınç belirleyen pozitif hava yolu basıncı (BİPAP) yapabilen ventilatörler kullanılır. NIMV uygulanırken maskeden kaynaklı rahatsızlık duyma, yüzde eritem, burun ülserasyonu, klostrofobi, ciltte döküntü, burunda konjesyon, burun/ağızda kuruma, gözde irritasyon, pnömotoraks, aspirasyon pnömonisi ve kan basıncında düşme gibi komplikasyonlar görülebilir. Hastada bu komplikasyonların varlığı takip edilmeli ve önlemeye yönelik gereken girişimlerde bulunulmalıdır (Akdemir 2013, Çekmen ve Kuruca Özdemir 2015, Tokem 2017, ss. 507-550).

İnvaziv mekanik ventilasyon ise ventilatörün entübasyon ya da trakeostomi tüpüne takılarak hastanın solunumunun sürdürülmesidir (Tokem 2017, ss. 507-550). IMV'nin uygulanma endikasyonları dispne, gaz değişiminde bozulma, letarji varlığı, entübasyon gereksinimi, hemodinaminin bozulması, konforsuzluk, NIMV tolerasyonunun olmaması, hasta veya yakınının isteği, artimi varlığı, akut KOAH alevlenmeleri, mental durum değişimine bağlı koopere olamama durumu, cerrahi operasyon, apne ya da solunum arresti olarak sıralanabilir. Hastanın MV'a bağlı kaldığı süreçte oksijenizasyonunun takibi, konforunun sağlanması ve gelişebilecek komplikasyonların engellenmesi amacıyla verilecek hemşirelik bakımı önem taşımaktadır (Akdemir 2013, İnal İnce 2006).

Mekanik ventilasyona bağlı hastalarda hava yolu açıklığının devamlılığı için oral ve nazal bölgelerde mevcut olan sekresyonlar aspirasyon yapılarak temizlenmelidir.

Hastalarda oral kavitenin temizliğinin sağlanması, mukoz membran bütünlüğünün korunması, dudak ve dil üzerinde entübasyon tüpü, tespitler, ısırılmaların sebep olduğu travma ve basıncı önleme hemşirelik bakımında önem taşımaktadır (Çelik 2006).

2.6.7 Endotrakeal Entübasyon

Endotrakeal entübasyon, hastanın havayolu açıklığını sağlayabilmek amacıyla oral ya da nazal yolla, bazı durumlarda trakeal stoma yolu ile trakeanın içerisine bir tüp konularak mekanik ventilasyon ve oksijen tedavisi uygulamaya olanak sağlayan bir yöntemdir (Tokem 2017, ss. 524). Entübasyonun endike olduğu durumlar; akut solunum yetmezlikleri, şok, koma, plansız ekstübasyon, tüp değişimidir. Endotrakeal entübasyon hava yolu açıklığını sağlayan vazgeçilmez bir yöntem olsa da birçok komplikasyona da sebep olmaktadır. Bu komplikasyonlar; kardiyak arrest, ölüm, kardiyovasküler kollaps, hipoksemi, özefagial entübasyon, mide içeriği aspirasyonu, dişlerin zarar görmesi, ventriküler ve supraventriküler ekstrasistol ve ajitasyon olarak sıralanabilmektedir (Gündoğan ve diğ. 2011).

Oral entübasyon uygulaması yapılan hastalarda dudak hizasında kadında 20-21 cm (32-34 Fr numaralı tüpün), erkekte ise 22-23 cm (36-42 Fr numaralı tüpün) işaretinin gözlemlenmesi tüpün ucunun trakeanın sağ ve sol ana bronş bifurkasyonunun üzerinde bulunduğunu göstermektedir. Nazal entübasyonda ise mesafe 28-30 cm'dir. Entübasyon tüpünün trakeadaki yeri bu mesafeler göz önünde bulundurularak kontrol sağlandıktan sonra kaf şişirilmelidir. Kafın yetersiz şişirilmesi ventilasyon ve oksijenasyonda problemlere sebep olurken fazla şişirilmesi ise trakea mukozasında bası oluşarak iskemi, nekroz ve kıkırdak hasarlarına sebep olmaktadır. Bu hasarları önleyebilmek için kaf basıncının sürekli izlemi önem taşımaktadır. Trakea duvarındaki kapillerin perfüzyon basıncı 25 mmHg'dır. Hasta entübe edildikten sonra tüpün hareket etmesini önlemek amacıyla flaster, gazlı bez ya da özel tespit gereçleri kullanılarak tüp tespiti yapılmalıdır. Ağız, dudaklar ve dil üzerinde tüpün basıncı sebebiyle meydana gelebilecek hasarları engellemek için her shiftte tespit bölgesi değiştirilmelidir. Ventilatör cihazının devrelerinde kaçak oluşması veya kirlenme olması halinde değişimi sağlanmalıdır (Çelik 2006, Tokem 2017, ss. 526).

2.6.8 Endotrakeal Aspirasyon

Endotrakeal aspirasyon, MV yapılan hastaların hava yolu açıklığını sağlamak amacıyla oral veya nazal kavitede bulunan sekresyonun negatif basınç uygulanarak bir kateterle aspire edilerek temizlenmesidir. Klinikte nazofarengeal, nazotrakeal ve hava yolu aspirasyonu olarak üç farklı yolla uygulanmaktadır. Aspirasyon öncesinde el hijyeni sağlanmalıdır. Hastaya 1-2 dakika yüzde 100 oranında oksijen verilmelidir. Kateter tüpün içerisinden yavaş ilerletilmeli bu esnada aspirasyon yapılmamalıdır. Kateter karina bölgesine geldiğinde ilerletilmesi sonlandırılmalı 1 cm geriye çekilmeli, sonrasında kateter döndürme hareketi ile çıkarılarak aspirasyon işlemi yapılmalıdır. Aspirasyon 10-15 saniyeden fazla yapılmamalıdır. İşlem sonrasında 1-2 dakika süreyle yüzde 100 oksijen verilmelidir. Aspirasyon ağırlı bir prosedürdür, bu sebeple yalnızca gerektiğinde uygulanmalı, yapılmadan önce hasta bilgilendirilmelidir (Akdemir 2013, Çelik 2006).

2.6.9 Drenler

Cerrahi drenaj, girişim bölgesine yerleştirilen drenler aracılığıyla cerrahi sonrası birikebilecek ve enfeksiyona neden olabilecek sıvıların boşaltılması, seroma/hematom/lenfösel/ürinom oluşmasının engellenerek anastomoz dayanıklılığını değerlendirilerek oluşabilecek komplikasyonların hızlı fark edilmesi hedefiyle profilaktik, apse içeriğinin vücuttan dışarı taşınması amacıyla terapötik olarak yapılan işlemdir (Aydur ve diğ. 2009). Drenler plevral sıvı boşaltılması, enfekte kist varlığı, akut süperatif artrit, pnömotoraks ve apse oluşumu durumunda uygulanabilirler (Makama ve Ameh 2008).

Yoğun bakım hemşiresi dreni olan hastayı iç kanama, anastomoz ve hava kaçağı oluşumu yönünden değerlendirilmelidir. Drenlerde tıkanıklık varlığı pnömotoraks, sepsis ve tamponata neden olarak yaşamı tehdit edici komplikasyonlar oluşturabilmektedir (Belhan ve diğ. 2015).

Cerrahi girişim sonrası dren bakımında enfeksiyonu önlemek için cilt kuru ve temiz tutulmalı, dren pansumanı yapıştırılıp çıkarılması kolay olan ürünlerden seçilmeli, dren haznesindeki drenaj günde bir defa ya da ihtiyaç halinde boşaltılmalı ve pansuman değişimi sırasında aseptik tekniklere uyulmalıdır (Makama ve Ameh 2008).

2.6.10 Beslenme

Yoğun bakımda hastaların beslenmeleri iyileşme sürecine ve hastalığın seyrine etki eden önemli bir faktördür. Yoğun bakımda yatan hastalarda meydana gelen beslenme bozuklukları immün sistemde baskılanmaya, enflamatuvar yanıtta ve enfeksiyon riskinde artışa, metabolik asidoza, ödem oluşumuna, yaraların iyileşmesinde gecikmeye, cerrahi kesi, sütür ve anastomoz bölgelerinde komplikasyonlara, organ fonksiyonlarında ve gastrointestinal sistemde bozulmalara, iyileşme sürecinde uzamaya ve hastanın kliniğinin kötüleyerek yoğun bakımda kalma sürecini uzatarak psikolojik ve fizyolojik problemlerin oluşumuna neden olmaktadır. Bu sebeple yoğun bakımda hastaların tedavisinde beslenmenin değerlendirilmesi, beslenmede eksikliğe sebep olabilecek durumların belirlenmesi ve beslenmenin sürdürülmesi önemlidir (Akın Korhan 2017, ss. 157-181, Demirel ve Bahçecioğlu 2010, Koçhan ve Akın 2018, Selçuk 2012).

Yoğun bakım hastalarına klinik durumlarına göre; oral, enteral ve parenteral olmak üzere üç farklı yolla beslenme sağlanabilmektedir. Enteral yolla beslenme, ağızdan jejunuma kadar olan gastrointestinal sistemin farklı bölümlerine direkt tüp aracılığıyla yapılan peruktan girişimlerle ya da cerrahi yolla açıklık sağlanarak uygulanan yöntemdir. Enteral beslenmenin endike olduğu durumlar; kafa travması, koma, anoreksiya nevroza, pankreatit, gastrointestinal fistül, kısa barsak sendromu, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri, cerrahi öncesi hazırlık ve cerrahi sonrası dönemde beslenmedir (Akın Korhan 2017, ss. 157-181, Çekmen ve Dikmen 2014).

Parenteral beslenme gastrointestinal sistemin fonksiyonun bozulması ya da enteral beslenmenin yeterli olmamasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek beslenme eksikliğini önlemek amacıyla hastanın intravenöz yolla beslenmesidir. Parenteral beslenme periferik veya santral venler kullanılarak iki farklı yolla uygulanmaktadır. Parenteral

beslenmenin endikasyonları ince bağırsak rezeksiyonu, kronik diyare, kusma, enterit, pankreatit, travmaya sebep olan tekrarlayan cerrahiler, bağırsak anastomuzu olan hastalarda cerrahi sonrası erken dönemde anastomoz sızıntısı oluşumu, gastrointestinal kanamalar, akut batın, enflamatuvar barsak hastalıklarının ilaç tedavisine yanıtı kalması ve obstrüksiyondur (Akın Korhan 2017, ss. 157-181, Chowdary ve Reddy 2010, Demirel ve Bahçecioğlu 2010, Puntis ve diğ. 2018).

2.6.11 Ağız Bakımı

Yoğun bakım ünitelerinde tedavileri sürdürülen hastalarda oral mukoz membran bütünlüğünün korunması önem taşımaktadır ve ağız bakımı yoğun bakım hemşireliğinde önemli bir unsurdur (Yavuz Karamanoğlu ve Yavuz 2015). Ağız bakımının yetersiz yapılması, MV, yüksek konsantrasyonda oksijen tedavisi uygulaması, endotrakeal tüp varlığı, endotrakeal tüp tespiti, oral sıvı alımının olmaması ya da yeterli miktarda olmaması vb. sebeplere bağlı olarak oral mukozanın bütünlüğünde bozulma meydana gelebilmektedir (Akdemir 2013, Dikmen 2017, ss. 83-103). Oral mukoz membranı değerlendirmek için standart bir araç ve literatürde ağız bakımının sıklığı konusunda kesin kanıt bulunmamaktadır. Literatürde hastanın durumu göz önünde bulundurularak her 2-4 saate bir veya 4-6 saatte bir ve ihtiyaç duyulduğunda uygulanan ağız bakımının oral mukozanın iyileşmesini sağladığı belirtilmektedir (Atay ve Karabacak 2014, Öksüzoğlu 2018).

Entübe olarak takip edilen hastalarda oral mukozada değişme riski olması sebebiyle ağız bakımı 2-4 saatte bir yüzde 0.12'lik klorheksidin glukonat veya serum fizyolojik kullanılarak yapılmalıdır. Entübasyon tüpü olmayan ve bilinci açık hastalara dişlerini fırçalayabilmeleri için destek verilmeli ve ağız bakım solüsyonları ile ağız içini çalkalamalarına yardımcı olunmalıdır. Oksijen tedavisi uygulanan hastalarda da oksijenin kurutucu etkisine bağlı mukoz membran bütünlüğünde bozulma ortaya çıkması sebebiyle ağız bakımı önemlidir. Ağızdaki kötü kokuların engellenmesi ve mukoz membranda bütünlük sağlanabilmesi için ağız bakımı mutlaka verilmelidir (Akdemir 2013, Dikmen 2017, ss. 83-103, Terzi ve Kaya 2011a).

2.6.12 Göz Bakımı

Yoğun bakımda yatan hastalar; bilinç kaybı olması, mekanik ventilasyona bağlı olma, sedatize edici ve miyorelaksan etkili ilaçlar verilmesi, immun sistemde bozulmanın ortaya çıkması sebebiyle koruyucu sistemlerini yitirebilmektedirler. Bu durumlara bağlı olarak hastalarda göz sorunları oluşabilmektedir. Hastalarda kuru göz, konjonktivit, konjonktiva ödemi, keratit ve yüzeysel keratopati gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Yoğun bakım hemşiresi hastanın korneasında meydana gelebilecek değişimleri gözlemlemeli, göz ve göz kapağının durumunu değerlendirmeli, hemşirelik bakımı ve tedavi sürecini yöneterek ve ortaya çıkabilecek göz komplikasyonları engellemelidir (Dikmen 2017, ss. 105-119).

Yoğun bakım hastalarına göz bakımı verilirken izotonik ya da distile su ile nemlendirilmiş gazlı bez ya da pamuk tampon kullanılmalıdır. Gözlerin kurummasını önlemek için suni gözyaşı müstahzarları, parafin içerikli gazlı bezler, polietilen örtüler veya geliperm uygulanabilir. Göz kapaklarının kapatılarak üzerine bant yapıştırılması oküler yüzeyi korumaya yönelik olarak yapılmaktadır. Fakat gözlerin uzun süre kapalı tutulması hipoksiye, gözyaşı üretiminde azalışa, yüz derisi ve göz kapağında yaralanmalara sebep olabilir (Dikmen 2017, ss. 105-119, Hearne ve diğ. 2018, Kocaçal ve Eşer 2008).

2.7 YOĞUN BAKIM HASTALARINDA PSİKOLOJİK VE PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar psikolojik ve psikososyal sorunlar yaratabilecek birden fazla stresörle karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu stresörlere karşı hastanın yanıtı tıbbi tanısına, prognozuna, kültürel yapısına, aile ile olan ilişkilerine, yaş, cinsiyet, gelişme seviyesi, zihinsel durumu ve baş etme mekanizmaları gibi kişisel farklılıklara bağlıdır. Yoğun bakım ünitelerinde hastalarda başlıca görülen psikolojik ve psikososyal sorunlar arasında anksiyete, öfke, güçsüzlük, ümitsizlik, spiritüel distres, deliryum, korku, yoğun bakım sendromu, duyusal yüklenme ve duyusal yoksunluk sayılabilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008, Pıçakçıefe 2010).

2.7.1 Anksiyete

Hoş olmayan, otonom ve somatik belirtilerle birlikte görülen, bir tehdit ya da nesne eksikliği durumuna karşı ortaya çıkan, sübjektif bir huzursuzluk duygusu ve kaygı hissidir. Anksiyete, psikonevrozların en basit şekli olarak kabul görülür (Pıçakçıfe 2010, Tekin ve Tekin 2013). Normal anksiyete insanda doğumundan itibaren mevcuttur. Bireyin kendini geliştirmesine, hayatını sürdürmesine ve tehlikeli durumlara karşı önlemler almasına destek olur. Patolojik anksiyete haliyse anksiyetenin kontrol altına alınamadığı, otonomik fazla uyarılmalara sebep olan ve bireyi yoran bir durum olarak görülür (Arık 2011, ss. 1837-1845). Anksiyete aile bireylerinden ayrılma, yabancı ortamda bulunma, hareketin kısıtlanması, ölümden korkma, ağırlı girişimlere maruz kalma, ilaç yan etkisi gibi ruhsal veya organik sebeplerden dolayı ortaya çıkabilir (Adsay 2015).

2.7.2 Öfke

Bireyin engellenme, bir saldırıya veya tehdiye maruz kalma, herhangi bir durumdan dolayı yoksun bırakılma, kısıtlanma, isteklerinin karşılanmaması ve beklentilerin ortaya çıkmasına bağlı olarak hissedilen ve agresif davranışlar gösterilmesine sebep olan duygusal ve doğal bir tepkidir. Yoğun bakım hastalarında başkasına bağımlılık duygusunun ortaya çıkmasına ve rol kaybı oluşmasına bağlı olarak öfke görülür (Tatlılıoğlu ve Karaca 2013). Hasta bireyin daha önceki yoğun bakım deneyimleri, uykusuzluk durumu, ortamdaki uyaranların fazla olması veya uyaran olmaması, güçsüzlük gibi durumlar hasta bireyin ve yakınlarının öfkeyi dışa yansıtmasına sebep olur (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008).

2.7.3 Güçsüzlük

Güçsüzlük, yaşam biçimini, hedeflerini, olaylara bakış açısını etkileyen olay ve durumlar üstünde bireysel kontrolünün mevcut olmadığını idrak eden bireyin içinde bulunduğu durumdur. Yoğun bakımda yatan hastalar güçsüzlük duygusunu sık sık

yaşarlar. Yoğun bakım ortamı bu duygunun yaşanmasına sebep olur. Birey hastalık sürecinde kontrol kaybı sezebilir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008).

2.7.4 Ümitsizlik

Problemleri çözmek veya istenilen hedefe ulaşmak için alternatif bir yol veya seçeneğinin olmadığını düşünen bireyde mevcut olan emosyonel ve sübjektif durumdur. Fizyolojik durumun daha çok bozulması, sürekli ağrı, olumsuz sonuçlanan tedaviler, beden imgesinin bozulması, aileden ayrı kalma, psikolojik ve fiziksel stres varlığı, destek tedavi ve araçlara bağımlılık ümitsizliğe sebep olan durumlardır. Hemşire bireyin inanç sistemini değerlendirmeli, ümitli ve ümitsiz anlarını tanıyarak ümitsizliği ne şekilde ele alacağı yönünden öğretici olmalıdır (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008).

2.7.5 Spiritüel Distres

Bireyin yaşamına anlam katan, güçlü ve ümitli olmayı sağlayan değer ve inanç sisteminde bir rahatsızlık yaşayan bireydeki durumdur. Vücutta bir uzuv, organ veya fonksiyonun yitilmesi, mevcut hastalığın sakarat dönemi, ağrı, travma veya yaralanmaya maruziyet, mahremiyetin olmaması, yoğun bakım kısıtlamaları spiritüel distres oluşumuna neden olabilir. Hemşire hastaya farklı spiritüel inanışlar ve uygulamaları kabul gördüğünü belirtmeli, ön yargısız davranmalı, sağlık için sakıncasız spiritüel davranışları yerine getirebilmesi için cesaret verici olmalıdır. Hasta şüphelerini ve duygularını ifade ettiğinde hemşire ulaşılabilir olmalıdır (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008).

2.7.6 Deliryum

Bilinç durumunda bir bozulmanın mevcut olduğu, günler ve saatler içinde ortaya çıkan, zaman zaman dalgalanmalar gösteren bir beyin sendromudur. Deliryum bir hastalık değil, farklı hastalıklara bağlı olarak oluşan akut konfüzyonel bir durum olarak tanımlanmaktadır (Dönmez ve diğ. 2007, Dilek 2011, ss. 1827-1836). Deliryum serebral disfonksiyonun geçici, genel olarak geri dönüşümlü bir sebebi olarak belirtilir ve çeşitli

nörolojik-psikiyatrik anormalliklerle kendini gösterir. Deliryum tablosundaki bireyde temel olarak değişen bilinç durumu, psikomotor bozukluklar, uyku ve uyanıklık döngüsünde bozukluklar, algısal anormallikler, dikkat bozukluğu, rahatsız edici kabus ya da rüyalar, depresyon, kaygı, korku gibi duygusal rahatsızlıklar, sinirlilik, ilgisizlik ve öfori gibi belirtiler görülür. Genel anestezi ve cerrahi, özellikle deliryumu tetikleyebilir (Saniova ve diğ. 2009).

2.7.7 Korku

Korku, bireyin esenlik durumuna zararlı olabilecek gerçek fiziksel tehdidin ya da tehlike düşüncesinin ortaya çıkardığı endişe durumuyla görülen duygusal bir durumdur. Korku algılanılan tehdide karşılık olarak huzursuzluk hissetme, kas gerginliği, kalp atımında artma ve gergin olma belirtileriyle görülmektedir. Bireyin fonksiyonlarına etki eden korku beynin kendini korumak amacıyla oluşturduğu tepki sebebiyle organizma sistemlerine zarar verebilmektedir. Bireyin hastalık geçirmesine bağlı hastaneye yatması yaşantısını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Cerrahi girişim öncesinde yaşanan korku ve anksiyete durumu; geçirilen hastalık, cerrahi işlem, alınan anestezi ya da nasıl bir durumla karşı karşıya kalınacağına bilinmiyor olması nedeniyle hastanın gerginlik, tedirginlik yada memnuniyetsizlik hissetmesi olarak kabul edilebilmektedir (Bağdigen 2016).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda cerrahi girişim yapılacak olması durumunda farklı korku türleri ortaya çıkabilmektedir. Bu korkular; hasta bireyin ölüm korkusu hissetmesi, hastanın vücudunda hasarın oluşacağı ve buna bağlı ağrı hissetme korkusu, anestezi sebebiyle hastanın kontrol kaybı yaşayabileceği korkusu, cerrahi girişim sonucu sakatlık oluşması nedeniyle başkasına bağımlılık korkusu, hastanın uygulanacak işlemleri bilmiyor olması sebebiyle oluşan korku ve anestezi korkusu olarak sıralanabilmektedir (Çapa Görgöz 2015).

2.7.8 Yoğun Bakım Sendromu

Yoğun bakım sendromu, hasta yoğun bakıma yatırıldıktan 48 saat sonra gelişen kognitif zayıflığın ortaya çıktığı akut konfüzyon bir durumdur. Belirtileri; odada bulunan tıbbi ekipmanları hayvana veya böceğe benzetme, tavan üzerinde desen görme ya da korkutucu halüsinasyonlar olarak görülebilmektedir. Hastanın yer, zaman, kişi oryantasyonu bozulmuş, yönlenme ve uyaran alım yetisi kaybolmuş olabilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008). Yoğun bakım sendromu uzun süren kalp ameliyatı geçiren ve ciddi kronik hastalığı bulunan hastalarda, konfüzyon durumunda, hipoksi, ilaçlar, sıvı elektrolit bozuklukları, uykusuzluk, uyaran azlığı veya fazlalığı ve strese bağlı olarak meydana gelebilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2005).

2.7.9 Duyusal Yüklenme ve Duyusal Yoksunluk

Çevreden gelen ve birey tarafından algılanan uyaranlar duysal girdi olarak tanımlanmaktadır. Fazla sayıda ve alışkın olunmayan tıbbi araçlar, sık tekrarlı ağırlı işlemler, uzun süreli gürültülü ortamda bulunma vb. duysal girdilerde artışa bağlı meydana gelen durum duysal yüklenme olarak adlandırılmaktadır. Konuşma, görme ve hissetmeyle alakalı duysal kısıtlanma, yalnız kalma ve hareketin sınırlandırılması gibi duysal girdi niteliği ve niceliğinde azalışa bağlı oluşan duruma ise duysal yoksunluk denilmektedir (Arslan ve Özer 2010). Sağlıklı bireyler buldukları ortamdaki uyarıcı etmenleri algılarıyla değerlendirip seçerek hoşlanılmayan olayların farkına varıp aktivite planı yapabilmektedirler. Yoğun bakım hastalarında ise çevresel uyaranları seçip kontrolünü sağlama kabiliyeti bulunmadığı için duysal girdi sorunları sık görülmektedir (Uzelli ve Akın Korhan 2014).

Yoğun bakım hemşiresi duysal girdi sorunlarını önleyebilmek amacıyla hastalara anlamlı uyaran vererek tanıdığı çevreyle ilgisini kesilmemesini sağlamalı, aile bireylerinin ziyaret sürecine ve hastayla iletişimine destek olmalı, ortamdaki gürültü mümkün olduğunca önlenmeli ve hastanın yeterli uyuması için uygun şartlar oluşturulmalıdır (Uzelli ve Akın Korhan 2014).

2.8 YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ

Yoğun bakım ünitlerinde çalışan hemşireler yaşamı tehdit altında bulunan ve komplike durumda olan hastaların tanınmasını ve sürekli izlemine yapan, nitelikli ve ileri yoğun bakım ve tedavi işlemlerini uygulayan, hasta ve hastanın ailesiyle terapötik ilişki kurarak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerin uygulanmasından sorumlu olan meslek üyeleridir (Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği 2011).

Yoğun bakım hemşiresinin genel hemşirelik bilgisi ve becerilerine ek olarak YBÜ'lerine özgü olan bazı nitelikleri taşıması gerekmektedir. Yoğun bakım hemşiresi;

- a. Farklı birimlerde çalışan hemşirelerden daha fazla sorumluluk duygusu taşımalı,
- b. Gözlem yaparken dikkatli davranmalı, hastanın durumunda meydana gelen değişiklikleri hızlı fark edip anlamalı ve raporlayabilmeli,
- c. Acil durumlarda nasıl davranması gerektiğini bilmeli,
- d. Eğitime açık ve kendini yenileyebilir olmalı,
- e. Gerektiğinde değişime açık olmalı ve değişim ajanı olabilmeli,
- f. Yoğun bakım hastalarında ortaya çıkabilecek kardiyak, solunumsal ve psikolojik komplikasyonları belirleyerek gereken tedaviyi sağlamalı,
- g. Gelişebilecek komplikasyonların belirtilerini dikkatli izlemeli ve yoğun bakım ekibine erken bildirimde bulunmalı,
- h. Hastayı genel durum, yaşam bulgularında değişiklik, hemodinami, solunum parametreleri, ağrı, hemoraji, aldığı-çıkardığı takibi, ilaç yan etkisi ve psikolojik tepkiler yönünden gözlemleyerek komplikasyon gelişmesi durumunda hızlıca tedavinin yapılmasını sağlayıp etkin ve kaliteli bakımı uygulamalı,
- i. Yoğun bakımda efeksiyon gelişmesini engellemek amacıyla gereken tedbirleri almalı,
- j. Hastaları değerlendirirken çalıştığı kurum tarafından kullanımı onaylanmış skorlama sistemleri ve skalaları uygulayarak değerlendirme yapmalı,
- k. Yoğun bakım hastalarını noninvaziv olarak monitörize ederek kardiyak ritmin izlemine yapmalı ve acil durum gelişirse ekibi bilgilendirmeli,

- l. Basınç yarası, risk etmenlerini ve bu etmenlerin hastanın prognozuna etkilerini değerlendirmeli, yara oluşumunu engellemek amacıyla hemşirelik bakımının planlama, uygulama ve değerlendirmesini yapmalı,
- m. Anevrizma, kafa içi basıncında artma, serebrovasküler hastalıklar gibi nörolojik hastalıkları mevcut ve bilinci açık olmayan hastanın takibini sağlamalı ve uygun pozisyonu vererek nörolojik değerlendirmeyi yapmalı,
- n. Yoğun bakım hastalarında embolinin oluşmasını engelleyici uygulamaları bilmeli ve hekim ile işbirliği yaparak gereken girişimlerde bulunmalı,
- o. Yoğun bakım hastaları ve aile bireylerinin psikososyal sorunlarına yönelik destekleyici yaklaşımda bulunmalı,
- p. Yoğun bakım hastalarının beslenme ihtiyaçlarını belirleyerek ihtiyaca uygun hemşirelik bakımının planlama ve uygulamasını yapmalı, beslenme ekipmanlarının sterilizasyonunu yaptırmalı,
- q. Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesini takip etmeli, mevcut ve olması muhtemel problemleri göz önünde bulundurarak hemşirelik bakımının planlama, uygulama ve değerlendirmesini yapmalı,
- r. Ventilatöre bağlı yoğun bakım hastalarının solunumsal problemlerini çözmek amacıyla uygulamalarda bulunmalı,
- s. Aspirasyon, oksijen tedavisi, pozisyon verilmesi, vücut bakımı, postural drenaj, sonda ya da kateter bakımı gibi aseptik girişimler doğrultusunda hemşirelik bakımının planlama, uygulama ve değerlendirmesini yapmalı,
- t. Kurumun talimat ve politikalarını göz önünde bulundurarak intravenöz sıvı infüzyonu ile kan/kan ürünü transfüzyonlarını başlatarak izlem ve kayıt yapmalı; olası bir komplikasyon görülmesi durumunda hekimi bilgilendirerek kurumun benimsediği standartlar doğrultusunda gereken girişimlerde bulunmalıdır (Aydınoglu 2007, Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği 2011).

2.9 CERRAHİ YOĞUN BAKIM

Çoklu travmaya maruz kalmış hastalar, majör cerrahi girişim yapılmış olan ve girişim sonrası daimi gözleme, tetkike, takibe, tedaviye ve hayati işlevlerini sürdürmek için desteğe ihtiyacı olan hastaların cerrahi yoğun bakım ihtiyaçları oluşmaktadır. Bu

durumlara ek olarak hava yolu açıklığını sürdürmeyi sağlamak, metabolik veya enfeksiyon sebebiyle bulunan toksinemi ortadan kaldırmak, kardiyovasküler sistemi desteklemek ve organ nakli amacıyla hazırlığı yapılan veya nakil işlemi tamamlanan hastalara da cerrahi yoğun bakımda tedavi ve bakım sağlanmaktadır (Başar 2017).

Cerrahi yoğun bakım üniteleri, cerrahi girişimden sonra yoğun bakım ihtiyacı olan, fizyolojik durumları sebebiyle risk altında bulunan ve yaşamsal işlevleri değişebilen hastaların tedavi, bakım ve takiplerinin yapıldığı özel cihazlarla donatılmış birimlerdir. Cerrahi YBÜ'lerinde yatan hastaların bütün bakım ve tedavi öncelikleri solunum, dolaşım, vücut ısısı, nörolojik sistem ve metabolizmanın düzenlenmesi gibi durumlar göz önünde bulundurularak sürdürülür. Riskli cerrahi girişim sonrasında hastalar hemodinamik ve nörolojik stabilite elde edilene kadar cerrahi yoğun bakımda izlenirler. Cerrahi YBÜ'leri sıklıkla kalp-damar, beyin ve karmaşık cerrahi girişimlerin uygulandığı, genel cerrahi servisleri içerisinde bulunan ve bu birimlerce cerrahi işlem yapılan benzeri durumda bulunan hastalara tedavi ve bakım verilen birimlerdir (Yava 2017, ss. 249-278).

Bu birimlerde görev yapan hemşireler, yoğun bakım hemşiresinin bilgi, beceri, görev ve aldığı sorumluluklarının yanı sıra cerrahi girişim geçiren hastaların takip, bakım ve tedavi süreçlerini de sürdürmekle yükümlüdürler. Tüm bu süreçler doğrultusunda cerrahi yoğun bakım hemşiresi;

- a. Hasta yoğun bakıma alınmadan monitör, defibrilatör, ventilatör, aspiratör, acil malzemeler ve ilaçların hazırlanmasını sağlamalı,
- b. Yoğun bakıma alınan hastanın takibini yapar, yaşam bulgularını, alt ve üst ekstremitelerin rengini, ısısını, nabzın durumunu değerlendirmeli,
- c. Sıvı-elektrolit ile asit baz dengesinin takip edilmesini sağlamalı,
- d. Enfeksiyon oluşma riskini göz önünde bulundurarak hastadaki belirtilerin ve bulguların takibini yapmalı,
- e. Hastanın vücut bakımına ve yatak takımlarının temizliğine önem vermeli,
- f. Ağrı takibi ve puanlamasını yapıp hastada mevcut olan ağrıyı gidermeye yönelik tedaviyi yapmalı,

- g. Cerrahi girişim sonrasında veya hastalık sebepli hareketlerin kısıtlanmasına bağlı oluşabilecek komplikasyonları engellemek amacıyla hastanın aktif ve pasif hareketleri, derin solunum ile öksürme egzersizlerini yapmasını sağlamalı,
- h. Hastanın nörolojik işlevlerini değerlendirerek psikolojik ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlamalı,
- i. Hastada mevcut olan kateterlerin bakımını ve cerrahi girişim sebebiyle oluşan yaraların pansumanlarında aseptik tekniklere uygun davranmalıdır (Başar 2017).



3. VERİ VE YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TÜRÜ VE AMACI

Çalışma, cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavileri sürdürülen hastaların bu ünitelerde kaldıkları sürece yaşadıkları deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile nicel ve tanımlayıcı türde planlandı.

3.2 ARAŞTIRMA SORULARI

- Cerrahi girişim sonrası hastaların yoğun bakım deneyimleri nasıldır?
- Hastaların yoğun bakım deneyimini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3 ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Çalışma Ocak 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında özel bir sağlık grubunun bir lokasyonunda yatan hasta katlarında yürütüldü.

3.4 ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, özel bir sağlık grubunun bir lokasyonunda, cerrahi girişim geçiren ve sonrasında kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım (KVCYBÜ) ve genel yoğun bakım ünitelerinde (GYBÜ) tedavi ve bakımları sürdürülen hastalar oluşturdu.

Örneklemine ise bu ünitelerde tedavi ve bakımları en az 24 saat süre ile sürdürülen ve akabinde yataklı kliniklere transferleri sağlanan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri ve iletişim engeli olmayan hastalar oluşturdu.

Örneklem büyüklüğü, örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu ve G Power Analizi yöntemleri kullanılarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda (± 0.05 örneklem hatası ile anakütle $p=0.5$, büyüklüğü $q=0.5$) 217 hasta, G Power Analizi ile hesaplandığında (etki büyüklüğü: 0.20; güç düzeyi: %80 olarak çalışıldığında) 199 hasta olması gerektiği belirlendi.

Tablo 3.1: Örneklem büyüklüğü hesaplaması

Örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu ile;	G Power Analizi ile;
± 0.05 örnekleme hatası ile	Etki büyüklüğü 0.20
$p=0.5$	Güç düzeyi: %80
$q=0.5$	
Örneklem büyüklüğü: 217	Örneklem büyüklüğü: 199

Yaşanabilecek veri kaybı da göz önünde bulundurulduğunda araştırmaya alınacak gönüllü sayısının 220 kişi olmasının örneklem sayısı için yeterli olacağına karar verildi.

3.5 ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Çalışmada veriler Hasta Tanıtım Formu (EK1) ve Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (EK2) kullanılarak toplandı.

3.5.1 Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu (EK1), araştırmacılar tarafından güncel literatür incelenerek hastaların demografik özelliklerini, daha önceki ve mevcut yatışlarına yönelik yoğun bakım deneyimleri, yoğun bakım yatışlarına yönelik bilgilerini ve mevcut yatışlarındaki yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacıyla 26 soru hazırlanarak oluşturuldu.

3.5.2 Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ)

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ), Rattray ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Demir, Akın, Eşer ve Khorshid tarafından 2009 yılında yapılmıştır.

YBDÖ (EK2), 19 sorudan oluşmaktadır ve 5'li derecelendirilmeli (Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) şeklindedir. Ölçekte hastanın yoğun bakıma olan uyumunu değerlendirmek üzere

hazırlanmış olan soruların 9 adedi (1,2,3,4,5,6,7,8,9 numaralı sorular); “1- Kesinlikle Katılıyorum (5 puan), 2- Katılıyorum (4 puan), 3- Kararsızım (3 puan), 4- Katılmıyorum (2 puan), 5- Kesinlikle Katılmıyorum (1 puan) şeklinde, hastanın yaşadığı emosyonel durumun sıklığını belirlemek amacıyla hazırlanan soruların 10 adedi (10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 numaralı sorular) ise “1- Her zaman (4 puan), 2- Çoğu zaman (4 puan), 3- Bazen (3 puan), 4- Nadiren (2 puan), 5- Hiçbir zaman (1 puan) şeklinde değerlendirilmektedir.

Yapı geçerliği için ölçeğe uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda dört alt boyut elde edilmiştir. Bunlar; “Yoğun Bakımda İken Çevrenin Farkında Olma” (1. alt boyut – 1,2,3,4,5,6.sorular), “Yaşanan Kötümser Deneyimler” (2. alt boyut – 7,8,9,10. sorular), “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” (3. alt boyut – 11,12,13,14. sorular), “Yoğun Bakım Ünitesindeki Bakımdan Memnuniyet” (4. alt boyut – 15,16,17,18,19. sorular) olarak belirtilmiştir. Alt boyutlara ait sorular aşağıda belirtildiği gibidir.

Ölçekte 7, 8, 9, 10, 15 ve 17. sorular ters puanlandırılır. YBDÖ'nden en düşük 19 en yüksek 95 puan alınmaktadır. Ölçekten düşük skor alan hastaların durumu, bilinç düzeyinin yeterince açık olmadığı ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin daha olumsuz olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten yüksek skor alan hastaların durumu ise, farkındalığın yüksek olduğu ve yaşanan deneyimlerin daha olumlu olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda madde-toplam puan korelasyonu 0,30-0,68 aralığında, Cronbach alfa katsayısı ise 0.79 olarak bulunmuştur (Demir ve diğ. 2009).

Hastaların cerrahi girişim sonrası yoğun bakım deneyimlerinin incelendiği çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,723 olarak bulundu.

3.6 VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü (One Way) Anova Testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe Testi kullanıldı.

3.7 ETİK İZİN

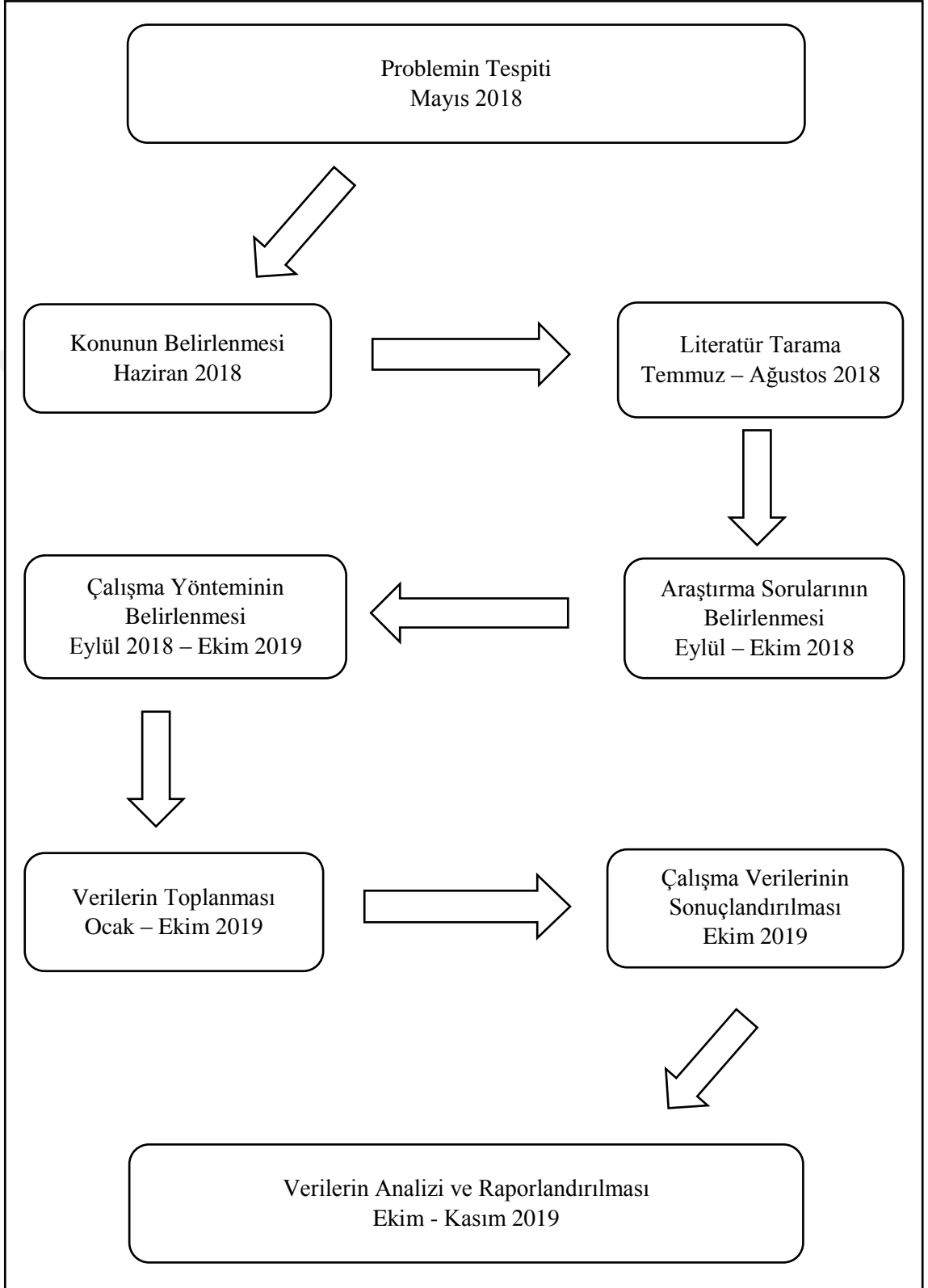
Çalışmanın etik kurul izni Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu (ATADEK)'ndan (EK3), kurum izni ise araştırmanın gerçekleştirildiği Acıbadem Maslak Hastanesi Direktörlüğü'nden (EK4) alındı.

Örneklem grubu kriterlerini sağlayan hastalara görüşme yapılmadan önce çalışmanın amacı, verilerin nasıl kullanılacağı, elde edilen sonuçların bilimsel amaçla paylaşılırken ad, soyad vb. kişisel bilgilerinin kullanılmayacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına tabi olduğu ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgi verilerek katılımcılardan yazılı onam formu alındı (EK5).

Ölçek kullanım izni Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışmalarını yapan yazardan elektronik posta yoluyla alındı (EK6).

3.8 ÇALIŞMA PLANI

Şekil 3.1: Çalışma planı



4. BULGULAR

Bu bölümde Hasta Tanıtım Formu ve Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'ne (YBDÖ) ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1 HASTA TANITIM FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışma, Ocak 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında özel bir sağlık grubunun bir lokasyonunda yatan hasta katlarında, detaylı bilgileri Tablo 4.1'de belirtildiği gibi yüzde 61.4'ü (n=135) erkek ve yüzde 38.6'sı (n=85) kadın olmak üzere toplam 220 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 58.795 ± 15.503 yıl, yüzde 61.4'ünün erkek (n=135), yüzde 87.3'ünün (n=192) evli, yüzde 43.2'sinin (n=95) mezuniyet durumunun ortaokul ve altı, yüzde 65'inin (n=143) çalışmadığı ve yüzde 89.1'inin (n=196) sosyal güvencesinin olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Demografik özelliklerin dağılımı (N=220)

Demografik özellikler	n	%	
Cinsiyet	Kadın	85	38.6
	Erkek	135	61.4
Medeni durum	Bekar	28	12.7
	Evli	192	87.3
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	95	43.2
	Lise	44	20.0
	Üniversite ve üzeri	81	36.8
Yaş	40 ve altı	33	15.0
	41-50	33	15.0
	51-60	43	19.5
	61-70	58	26.4
	71 ve üzeri	53	24.1
Çalışma durumu	Çalışıyor	77	35.0
	Çalışmıyor	143	65.0
Sosyal güvence	Yok	24	10.9
	Var	196	89.1

4.2 YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların “yoğun bakım deneyim ölçeği” toplam puan ortalaması 73.809 ± 5.050 (Minimum=52; Maksimum=82) olarak saptandı. Ölçeğin dört adet alt boyutuna ait toplam puan ortalamaları sırasıyla “çevrenin farkında olma” puan ortalaması 16.105 ± 2.075 (Minimum=11; Maksimum=22), “yaşanan kötümser deneyimler” puan ortalaması 17.518 ± 2.010 (Minimum=10; Maksimum=20), “yaşanan deneyimlerin hatırlanması” puan ortalaması 17.082 ± 2.242 (Minimum=8; Maksimum=20), “alınan bakımdan memnuniyet” puan ortalaması 23.105 ± 2.593 (Minimum=10; Maksimum=25), olarak hesaplandı. Tablo 4.2’de hastaların YBDÖ ve ölçeğin alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (n=220)

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Ort	Ss	Minimum	Maximum
Çevrenin farkında olma alt boyutu toplam puanı	16.105	2.075	11.000	22.000
Yaşanan kötümser deneyimler alt boyutu toplam puanı	17.518	2.010	10.000	20.000
Yaşanan deneyimlerin hatırlanması alt boyutu toplam puanı	17.082	2.242	8.000	20.000
Alınan bakımdan memnuniyet alt boyutu toplam puanı	23.105	2.593	10.000	25.000
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Toplam Puanı	73.809	5.050	52.000	82.000

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Hastaların alınan bakımdan memnuniyet puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.059$; $p=0.018 < 0.05$). Alınan bakımdan memnuniyet puanlarının yaşı 61 ve üzerinde olanların, yaşı 40 ve altı olanlardan yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Bekar olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=18.250$), evli hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.412$) yüksek bulunmuştur ($t=2.078$; $p=0.039<0.05$). Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların alınan bakımdan memnuniyet puanları öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.211$; $p=0.006<0.05$). Farkın nedeni öğrenim durumu ortaokul olanların alınan bakımdan memnuniyet puanlarının öğrenim durumu üniversite ve üzeri olanların alınan bakımdan memnuniyet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çalışan hastaların çevrenin farkında olma puanları ($x=16.481$), çalışmayan hastaların çevrenin farkında olma puanlarından ($x=15.902$) yüksek bulunmuştur ($t=1.986$; $p=0.048<0.05$). Hastaların yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

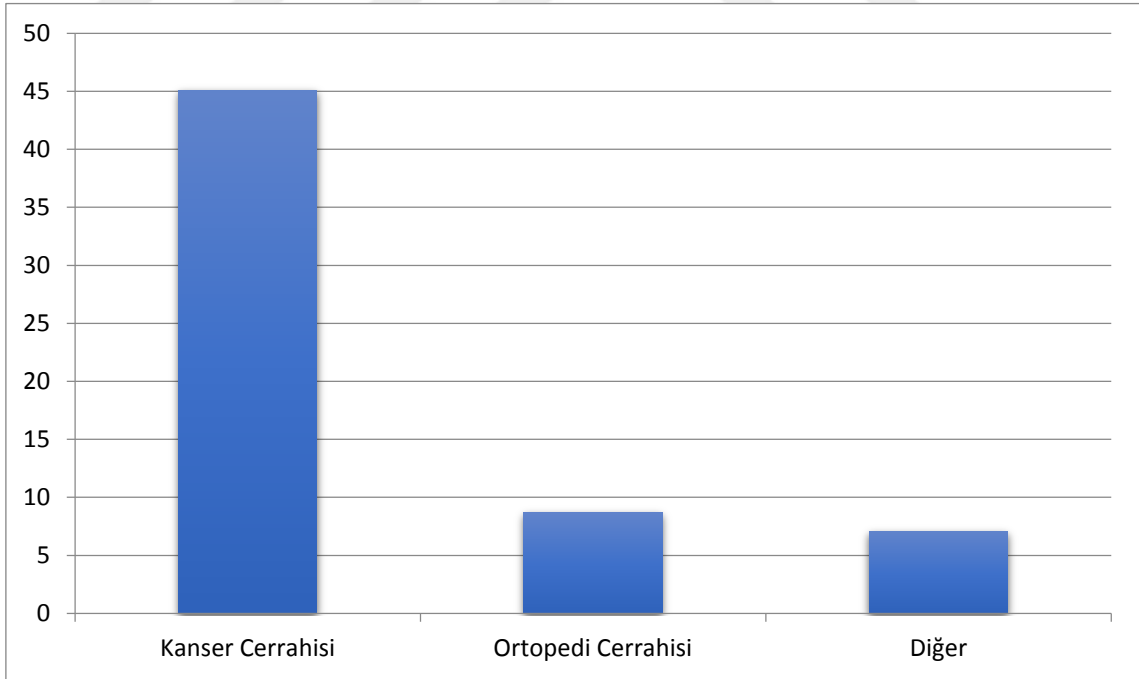
Tablo 4.3: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların demografik özelliklere göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	Çevrenin Farkında Olma	Yaşanan Kötümser Deneyimler	Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Alınan Bakımdan Memnuniyet	Yoğun Bakım Deneyimi Toplam
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	85	16.282±1.868	17.671±2.067	17.024±2.493	23.024±2.535	74.000±5.300
Erkek	135	15.993±2.194	17.422±1.975	17.119±2.077	23.156±2.637	73.689±4.901
t=		1.009	0.892	-0.305	-0.367	0.444
p=		0.314	0.373	0.77	0.714	0.657
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 ve altı	33	16.727±2.440	17.970±2.325	16.394±3.051	21.879±3.180	72.970±6.710
41-50	33	16.182±2.214	17.636±1.765	16.727±2.140	22.939±3.201	73.485±5.351
51-60	43	16.047±2.023	17.861±1.740	17.558±1.803	22.977±2.188	74.442±4.267
61-70	58	15.810±1.849	17.517±2.011	17.155±2.323	23.379±2.784	73.862±5.246
71 ve üzeri	53	16.038±2.009	16.887±2.063	17.264±1.862	23.774±1.382	73.962±4.038
F=		1.07	2.105	1.589	3.059	0.44
p=		0.372	0.081	0.178	0.018	0.78
PostHoc=					4>1,5>1 p<0.05)	
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	28	16.429±1.814	18.250±1.993	17.143±2.663	23.000±2.855	74.821±5.624
Evlü	192	16.057±2.110	17.412±1.995	17.073±2.182	23.120±2.561	73.662±4.959
t=		0.884	2.078	0.154	-0.228	1.136
p=		0.378	0.039	0.878	0.82	0.257
Öğrenim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ortaokul ve altı	95	15.768±1.882	17.390±2.130	17.347±2.201	23.642±1.756	74.147±4.566
Lise	44	16.477±2.257	17.500±1.849	16.977±1.836	23.227±2.089	74.182±4.277
Üniversite ve üzeri	81	16.296±2.153	17.679±1.961	16.827±2.469	22.407±3.405	73.210±5.907
F=		2.331	0.454	1.24	5.211	0.903
p=		0.1	0.636	0.291	0.006	0.407
PostHoc=					1>3 (p<0.05)	
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyor	77	16.481±2.240	17.792±2.136	16.922±2.151	22.688±2.899	73.883±5.388
Çalışmıyor	143	15.902±1.958	17.371±1.931	17.168±2.292	23.329±2.394	73.769±4.877
t=		1.986	1.488	-0.775	-1.755	0,159
p=		0.048	0.138	0.439	0.1	0,874
Sosyal Güvence		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	24	15.917±1.717	17.333±1.761	16.667±1.993	23.667±1.551	73,583±3.550
Var	196	16.128±2.117	17.541±2.041	17.133±2.270	23.036±2.688	73,837±5.210
t=		-0.469	-0.476	-0.961	1.126	-0.232
p=		0.584	0.634	0.338	0.261	0.817

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma

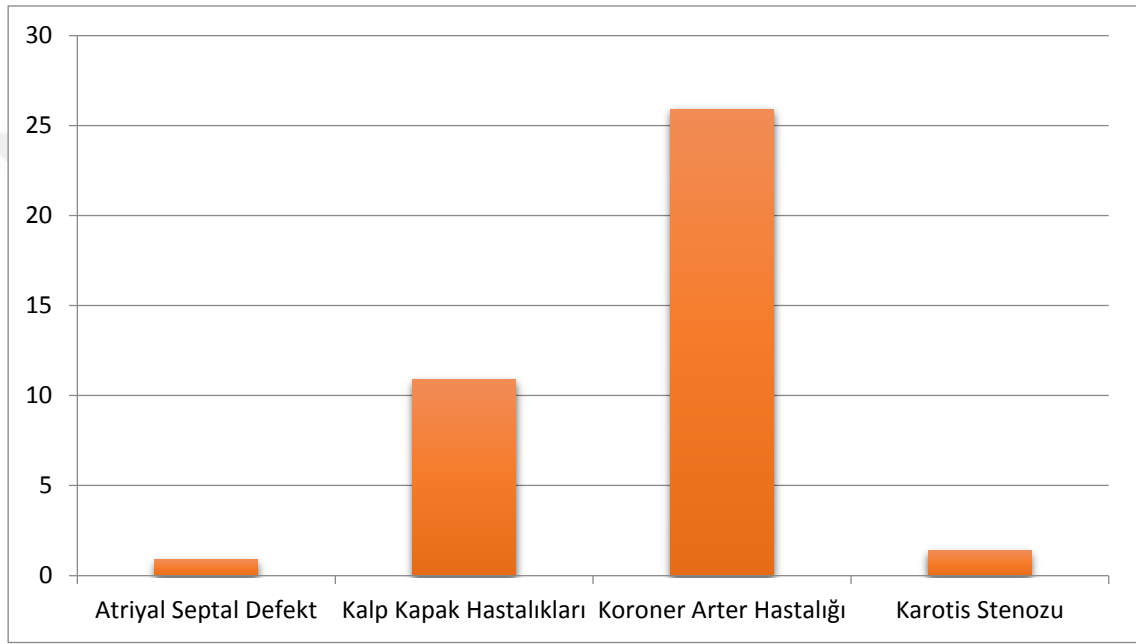
Genel yoğun bakımda yatan hastalar yatış tanılarına göre Şekil 4.1’de belirtildiği gibi kanser cerrahisi (yüzde 13.2’si (n=29) akciğer kanseri, yüzde 14.5’i (n=32) beyin tümörü, yüzde 2.7’si (n=6) mide kanseri, yüzde 2.3’ü (n=5) kemik tümörü, yüzde 1.8’i (n=4) dalak tümörü, yüzde 1.4’ü (n=3) böbrek kanseri, yüzde 1.4’ü (n=3) pankreas tümörü, yüzde 1.4’ü (n=3) rektum kanseri, yüzde 0.9’u (n=2) akciğer lezyonu, yüzde 0.9’u (n=2) duodenum kanseri, yüzde 0.9’u (n=2) kolon kanseri, yüzde 0.9’u (n=2) mesane kanseri, yüzde 0.9’u (n=2) spinal tümör, yüzde 0.9’u (n=2) yumuşak doku tümörü, yüzde 0.5’i (n=1) prostat kanseri, yüzde 0.5’i (n=1) meme kanseri), ortopedi cerrahisi yüzde 6.4’ü (n=14) skolyoz, yüzde 1.8’i (n=4) eklem protezi, yüzde 0.5’i (n=1) spinal stenoz, diğer (yüzde 1.4’ü (n=3) hiperparatiroidi, yüzde 1.4’ü (n=3) subdural hematom, yüzde 0.9’u (n=2) caroli hastalığı, yüzde 0.9’u (n=2) subaraknoid kanama, yüzde 0.5’i (n=1) bronşektazi, yüzde 0.5’i (n=1) diyafram paralizisi, yüzde 0.5’i (n=1) fasial paralizi, yüzde 0.5’i (n=1) infertilite, yüzde 0.5’i (n=1) kolesistolityazis) olarak dağılım göstermektedir.

Şekil 4.1: Genel yoğun bakım hastalarının yatış tanılarına göre dağılımları



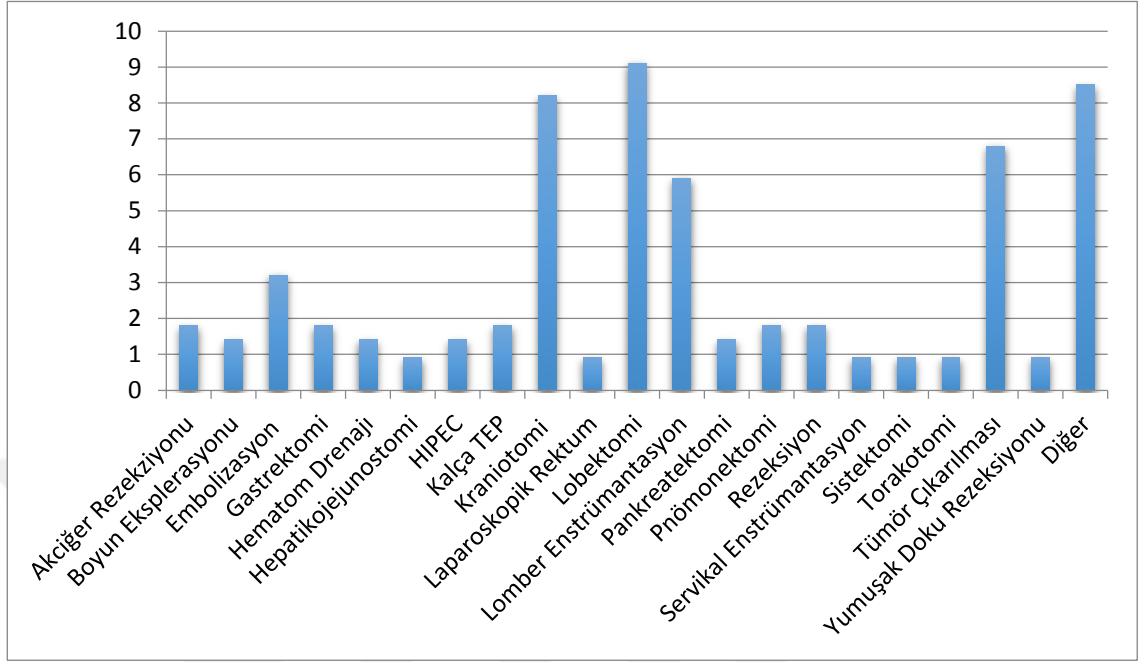
Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımda yatan hastalar yatış tanılarına göre Şekil 4.2’de belirtildiği gibi atriyal septal defekt yüzde 0.9’u (n=2), koroner arter hastalığı yüzde 25.9’u (n=57), kalp kapak hastalıkları (yüzde 1.8’i (n=4) aort darlığı, yüzde 0.9’u (n=2) aort diseksiyonu, yüzde 3.2’si (n=7) aort yetmezliği, yüzde 5’i (n=11) mitral kapak yetmezliği) ve karotis stenozu yüzde 1.4’ü (n=3) olarak dağılım göstermektedir.

Şekil 4.2: Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hastalarının yatış tanılarına göre dağılımları



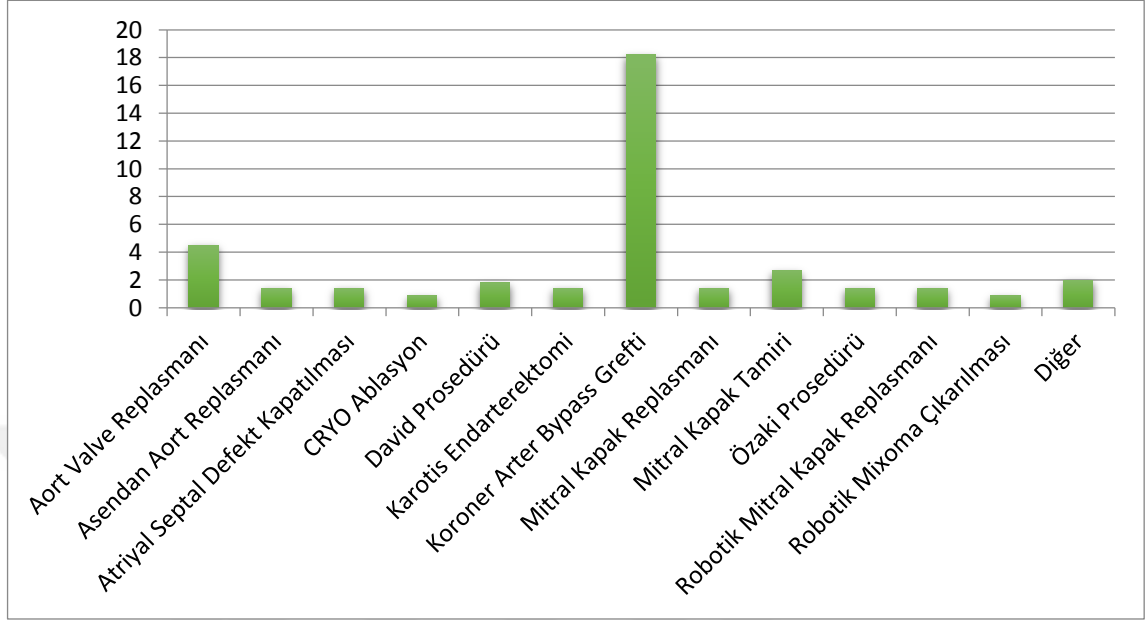
Genel yoğun bakım hastaları geçirdikleri cerrahi girişim türüne göre Şekil 4.3’de belirtildiği gibi yüzde 1.8’i (n=4) akciğer rezeksiyonu, yüzde 1.4’ü (n=3) boyun eksplereasyonu, yüzde 3.2’si (n=7) embolizasyon, yüzde 1.8’i (n=4) gastrektomi, yüzde 1.4’ü (n=3) hematoma drenajı, yüzde 0.9’u (n=2) hepatikojejunostomi, yüzde 1.4’ü (n=3) HIPEC, yüzde 1.8’i (n=4) kalça TEP, yüzde 8.2’si (n=18) kraniotomi, yüzde 0.9’u (n=2) laparoskopik rektum, yüzde 9.1’i (n=20) lobektomi, yüzde 5.9’u (n=13) lomber enstrümantasyon, yüzde 1.4’ü (n=3) pankreatektomi, yüzde 1.8’i (n=4) pnömonektomi, yüzde 1.8’i (n=4) rezeksiyon, yüzde 0.9’u (n=2) servikal enstrümantasyon, yüzde 0.9’u (n=2) sistektomi, yüzde 0.9’u (n=2) torakotomi, yüzde 6.8’i (n=15) tümör çıkarılması, yüzde 0.9’u (n=2) yumuşak doku rezeksiyonu ve yüzde 8.5’i (n=17) diğer girişimler olarak dağılım göstermektedir.

Şekil 4.3: Genel yoğun bakım hastalarının geçirdikleri cerrahi girişime göre dağılımları



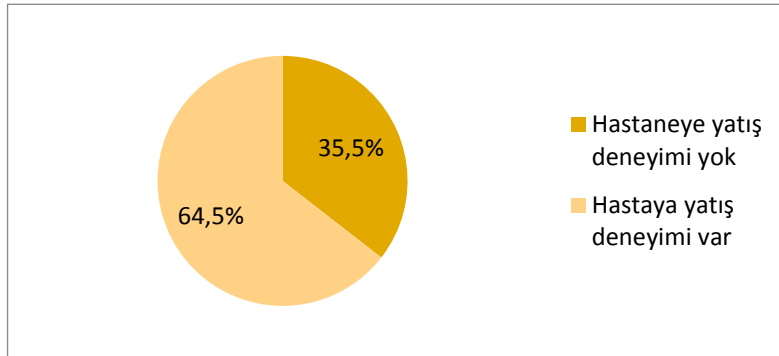
Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hastaları uygulanan cerrahi girişime göre Şekil 4.4'de belirtildiği gibi yüzde 4.5'i (n=10) aort valve replasmanı, yüzde 1.4'ü (n=3) asendan aort replasmanı, yüzde 1.4'ü (n=3) atriyal septal defekt kapatılması, yüzde 18.2'si (n=40) koroner arter bypass grefti, yüzde 0.9'u (n=2) CRYO ablasyon, yüzde 1.8'i David prosedürü, yüzde 1.4'ü (n=3) karotis endarterektomi, yüzde 1.4'ü (n=3) mitral kapak replasmanı, yüzde 2.7'si (n=6) mitral kapak tamiri, yüzde 1.4'ü (n=3) özaki prosedürü, yüzde 1.4'ü (n=3) robotik mitral kapak replasmanı, yüzde 0.9'u robotik mixoma çıkarılması ve yüzde 2'si (n=4) diğer olarak dağılım göstermektedir.

Şekil 4.4: Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hastalarının geçirdikleri cerrahi girişime göre dağılımları



Hastalar daha önce hastaneye yatış deneyimi göre Şekil 4.5’de belirtildiği gibi yüzde 35.5’i (n=78) yok, yüzde 64.5’i (n=142) var olarak dağılmaktadır.

Şekil 4.5: Hastaların daha önce hastaneye yatış deneyimlerine göre dağılımları



Tablo 4.4 ‘de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanları daha önce hastaneye yatış deneyimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.4 ‘de belirtildiği gibi hastaların yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, yoğun bakım deneyimi toplam puanları daha önce yoğun

bakım yatış deneyimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olmayanların çevrenin farkında olma puanları ($x=16.306$), daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olanların çevrenin farkında olma puanlarından ($x=15.724$) yüksek bulunmuştur ($t=1.992$; $p=0.048<0.05$). Daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olmayanların alınan bakımdan memnuniyet puanları ($x=22.840$), daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olanların alınan bakımdan memnuniyet puanlarından ($x=23.605$) düşük bulunmuştur ($t=-2.097$; $p=0.02<0.05$).

Tablo 4.4 'de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları yoğun bakım ünitesi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Mevcut yatışında kaldığı yoğun bakım ünitesi GYBÜ olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=17.746$), mevcut yatışında kaldığı yoğun bakım ünitesi KVCYBÜ olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.163$) yüksek bulunmuştur ($t=2.117$; $p=0.035<0.05$).

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları yoğun bakım ünitesinde kaldıkları oda tipi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yoğun bakım ünitesinde kaldıkları oda tipi tek kişilik oda olanların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=17.746$), yoğun bakım ünitesinde oda tipi genel oda olanların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.163$) yüksek bulunmuştur ($t=2.117$; $p=0.035<0.05$). Tablo 4.4 'de belirtilmiştir.

Tablo 4.4 'de belirtildiği gibi yoğun bakım bilinç durumu bilinç tüm süreçte açık, yoğun bakıma gelişini hatırlıyor olanların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=18.140$), yoğun bakım bilinç durumu yoğun bakıma gelişini hatırlamıyor, yoğun bakımda uyandı olanların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.301$) yüksek bulunmuştur ($t=2.755$; $p=0.001<0.05$).

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları yoğun bakım bilinç durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.4: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakım ortamına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması

	n	Çevrenin Farkında Olma	Yaşanan Kötümser Deneyimler	Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Alınan Bakımdan Memnuniyet	Yoğun Bakım Deneyimi Toplam
Daha önce hastaneye yatış deneyimi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	78	16.410±2.110	17.756±2.133	17.141±2.179	22.667±2.957	73.974±5.167
Var	142	15.937±2.043	17.387±1.935	17.049±2.283	23.345±2.346	73.718±5.000
t=		1.626	1.305	0.290	-1.867	0.359
p=		0.105	0.193	0.772	0.083	0.720
Daha önce yoğun bakımda yatış deneyimi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	144	16.306±2.136	17.507±2.119	16.965±2.375	22.840±2.842	73.618±5.555
Evet	76	15.724±1.909	17.540±1.800	17.303±1.960	23.605±1.960	74.171±3.927
t=		1.992	-0.114	-1.062	-2.097	-0.772
p=		0.048	0.909	0.29	0.02	0.393
Hastanın mevcut yatışında kaldığı YBÜ		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
GYBÜ	134	16.179±1.919	17.746±1.969	17.045±2.124	23.231±2.465	74.202±4.760
KVCYBÜ	86	15.988±2.303	17.163±2.034	17.140±2.426	22.907±2.785	73.198±5.442
t=		0.665	2.117	-0.305	0.905	1.442
p=		0.507	0.035	0.76	0.38	0.151
Yoğun bakımda kaldığı oda tipi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tek kişilik oda	134	16.179±1.919	17.746±1.969	17.045±2.124	23.231±2.465	74.202±4.760
Genel oda	86	15.988±2.303	17.163±2.034	17.140±2.426	22.907±2.785	73.198±5.442
t=		0.665	2.117	-0.305	0.905	1.442
p=		0.507	0.035	0.76	0.38	0.151
Hastanın yoğun bakımda kaldığı süreçte bilinç durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bilinç tüm süreçte açık, yoğun bakıma gelişini hatırlıyor	57	15.947±1.959	18.140±1.432	17.123±2.079	23.211±2.210	74.421±3.968
Yoğun bakıma gelişini hatırlamıyor, yoğun bakımda uyandı	163	16.160±2.117	17.301±2.138	17.068±2.302	23.068±2.720	73.595±5.371
t=		-0.664	2.755	0.16	0.358	1.063
p=		0.508	0.001	0.873	0.721	0.222

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4.5 'de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları solunum desteği sağlanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.5 'de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları oksijen tedavisi sağlanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.5 'de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları nazalenretik tüp varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet puanları drenaj sistemi varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Drenaj sistemi olmayan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=18.571$), drenaj sistemi olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.407$) yüksek bulunmuştur ($t=2.556$; $p=0.011<0.05$). Drenaj sistemi olmayan hastaların yoğun bakım deneyimi toplam puanları ($x=76.000$), drenaj sistemi olan hastaların yoğun bakım deneyimi toplam puanlarından ($x=73.578$) yüksek bulunmuştur ($t=2.107$; $p=0.036<0.05$). Tablo 4.5 'de belirtilmiştir.

Tablo 4.5 'de belirtildiği gibi hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları aspirasyon uygulanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.5: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakım uygulamalarına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması

Solunum desteği sağlanma durumu	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	133	16.143±1.907	17.714±1.960	17.023±2.197	23.173±2.670	74.053±4.912
Evet	87	16.046±2.317	17.218±2.060	17.172±2.319	23.000±2.483	73.437±5.260
t=		0.338	1.798	-0.484	0.483	0.884
p=		0.736	0.074	0.629	0.63	0.378
Oksijen tedavisi sağlanma durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	24	16.542±2.226	17.875±1.676	17.125±2.383	22.958±3.071	74.500±5.618
Evet	196	16.051±2.055	17.475±2.047	17.077±2.230	23.122±2.537	73.725±4.985
t=		1.094	0.921	0.1	-0.292	0.709
p=		0.275	0.358	0.921	0.771	0.479
Nazoenretik tüp varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	212	16.113±2.071	17.500±2.020	17.076±2.253	23.066±2.622	73.755±5.106
Evet	8	15.875±2.295	18.000±1.773	17.250±2.053	24.125±1.356	75.250±3.059
t=		0.318	-0.69	-0.216	-1.135	-0.822
p=		0.751	0.491	0.829	0.258	0.412
Drenaj sistemi varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	21	16.571±2.204	18.571±1.599	17.762±1.758	23.095±2.189	76.000±4.050
Evet	199	16.055±2.060	17.407±2.020	17.010±2.279	23.106±2.637	73.578±5.097
t=		1.085	2.556	1.466	-0.017	2.107
p=		0.279	0.011	0.144	0.986	0.036
Aspirasyon işlemi hatırlama		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	69	15.942±2.222	17.362±1.963	17.174±2.388	22.913±2.934	73.391±5.306
Evet	9	15.778±2.167	17.333±2.000	17.222±2.635	23.556±2.128	73.889±6.528
Uygulanmadı	142	16.204±2.002	17.606±2.042	17.028±2.157	23.169±2.449	74.007±4.846
F=		0.485	0.378	0.116	0.366	0.344
p=		0.616	0.686	0.891	0.694	0.709

Ort±SS= Ortalama±Standart Sapma

Hastalara yapılan yoğun bakım uygulamaları ile ilgili özellikler Tablo 4.6'da verildi. Hastalar solunum desteği sağlanma durumlarına göre yüzde 60.5'i (n=133) hayır, yüzde 39.5'i (n=87) evet, oksijen tedavisi sağlanma durumlarına göre yüzde 10.9'u (n=24) hayır, yüzde 89.1'i (n=196) evet, nazal kanül takılma durumuna göre yüzde 88.8'i (n=174) evet, yüzde 11.2'si (n=22) hayır, maske takılma durumuna göre yüzde 77.6'sı (n=152) evet, yüzde 22.4'ü (n=44) hayır, nazoenterik tüp varlığına göre yüzde 96.4'ü (n=212) evet, yüzde 3.6'sı (n=8) hayır olarak dağılım göstermektedir.

Drenaj sistemi varlığına göre yüzde 90.5'i (n=199) evet, yüzde 9.5'i (n=21) hayır, thorax tüpü varlığına göre yüzde 57.8'i (n=155) evet, yüzde 42.2'si (n=84) hayır, jackson prett dreni varlığına göre yüzde 61.8'i (n=123) evet, yüzde 38.2'si (n=76) hayır, hemovac dreni varlığına göre yüzde 17.1'i (n=34) evet, yüzde 82.9'u (n=165) hayır, serbest dren varlığına göre yüzde 4'ü evet (n=8), yüzde 96'sı (n=191) hayır, ürostomi varlığına göre yüzde 0.5'i (n=1) evet, yüzde 99.5'i (n=198) hayır, poşostomi varlığına göre yüzde 0.5'i (n=1) evet, yüzde 99.5'i (n=198) hayır, nefrostomi varlığına göre yüzde 1'i (n=2) evet, yüzde 99'u (n=197) hayır, ileostomi varlığına göre yüzde 1.5'i evet, yüzde 98.5'i (n=196) hayır olarak dağılım göstermektedir (Tablo 4.6).

Santral venöz kateter varlığına göre yüzde 85'i (n=187) evet, yüzde 15'i (n=33) hayır, arteriyel kateter varlığına göre yüzde 99.5'i (n=219) evet, yüzde 0.5'i (n=1) hayır, foley kateter varlığına göre yüzde 99.1'i (n=218) evet, yüzde 0.9'u (n=2) hayır, intravenöz kateter varlığına göre yüzde 92.ü (n=203) evet, yüzde 7.7'si (n=17) hayır, entübasyon tüpü varlığına göre yüzde 1.8' (n=4) evet, yüzde 98.2'si (n=216) hayır olarak dağılım göstermektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Yoğun bakım uygulamalarının dağılımı

Gruplar	n	%	Gruplar	n	%
Solunum desteği sağlanma durumu (n=220)			Drenaj sistemi varlığı (n=220)		
Hayır	133	60.5	Hayır	21	9.5
Evet	87	39.5	Evet	199	90.5
Oksijen tedavisi sağlanma durumu (n=220)			Thorax tüpü varlığı (n=199)		
Hayır	24	10.9	Hayır	115	57.8
Evet	196	89.1	Evet	84	42.2
Nazal kanül takılma durumu (n=196)			Jackson prett dren varlığı (199)		
Evet	174	88.8	Hayır	123	61.8
Hayır	22	11.2	Evet	76	38.2
Maske takılma durumu (n=196)			Hemovac dren varlığı (n=199)		
Evet	152	77.6	Evet	34	17.1
Hayır	44	22.4	Hayır	165	82.9
Nazoenretik tüp varlığı (n=220)			Serbest dren varlığı (n=199)		
Hayır	212	96.4	Evet	8	4.0
Evet	8	3.6	Hayır	191	96.0
Santral venöz kateter varlığı (n=220)			Ürostomi varlığı (n=199)		
Evet	187	85.0	Evet	1	0.5
Hayır	33	15.0	Hayır	198	99.5
Arteriyel kateter varlığı (n=220)			Poşostomi varlığı (n=199)		
Evet	219	99.5	Evet	1	0.5
Hayır	1	0.5	Hayır	198	99.5
Foley kateter varlığı (n=220)			Nefrostomi varlığı (n=199)		
Evet	218	99.1	Evet	2	1.0
Hayır	2	0.9	Hayır	197	99.0
İntravenöz kateter varlığı (n=220)			İleostomi Varlığı (n=199)		
Evet	203	92.3	Evet	3	1.5
Hayır	17	7.7	Hayır	196	98.5
Entübasyon tüpü varlığı (n=220)					
Evet	4	1.8			
Hayır	216	98.2			

Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, alınan bakımdan memnuniyet, yoğun bakım deneyimi toplam puanları yoğun bakım ünitesinde rahatsızlık yaratan durum varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yoğun bakım ünitesinde rahatsızlık yaratan durumla karşılaşmayanların yaşanan deneyimlerin hatırlanması puanları ($x=17.769$), yoğun bakım ünitesinde rahatsızlık yaratan durum ile karşılaşanların yaşanan deneyimlerin hatırlanması puanlarından ($x=16.934$) yüksek bulundu. ($t=2.128$; $p=0.034<0.05$). Tablo 4.7 'de belirtilmiştir.

Tablo 4.7: Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin YBDÖ alt boyutlarından aldıkları puanların yoğun bakımda rahatsızlık yaratan durum varlığına göre farklılaşma durumunun karşılaştırılması

Yoğun bakımda rahatsızlık yaratan durum varlığı	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	39	16.282±2.395	17.103±2.415	17.769±2.019	23.359±2.401	74.513±4.920
Var	181	16.066±2.004	17.608±1.908	16.934±2.265	23.050±2.636	73.658±5.078
t=		0.588	-1.427	2.128	0.675	0.959
p=		0.557	0.226	0.034	0.501	0.338

Hastaların yoğun bakım ünitesinde rahatsızlık yaratan durum varlığına göre dağılımları Tablo 4.8’de belirtildiği gibi yüzde 17.7’si (n=39) yok, yüzde 82.3’ü (n=181) var olarak saptanmıştır.

Rahatsızlık yaratan durumlar ise; ağrıya göre yüzde 40.9’u (n=74) evet, yüzde 59.1’i (n=107) hayır, korku varlığına göre yüzde 4.4’ü (n=8) evet, yüzde 95.6’sı (n=173) hayır, gürültüye göre yüzde 19.3’ü (n=35) evet, yüzde 80.7’si (n=146) hayır, yoğun bakım ortamındaki rahatsız edici konuşmalara göre yüzde 5’i (n=9) evet, yüzde 95’i (n=172) hayır, ortamda koku varlığına göre yüzde 0.6’sı (n=1) evet, yüzde 99.4’ü (n=180) hayır, uyuyamama durumuna göre yüzde 15.5’i (n=28) evet, yüzde 84.5’i (n=153) hayır, tıbbi ekipmandan rahatsızlık duymaya göre yüzde 21’i (n=38) evet, yüzde 79’u (n=143) hayır, yapılan işlemler hakkında bilgi sahibi olmamaya göre yüzde 1.7’si (n=3) evet, yüzde 98.3’ü (n=178) hayır, ziyaretçi kısıtlılığına göre yüzde 9.9’u (n=18) evet, yüzde 90.1’i (n=163) hayır, rahatsızlık yaratan diğer durumlara göre yüzde 9.9’u (n=18) evet, yüzde 90.1’i (n=163) hayır olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Yoğun bakımda rahatsızlık yaratan durum varlığına göre dağılım

Gruplar	n	%
Yoğun bakım ünitesinde rahatsızlık yaratan durum varlığı (N=220)		
Yok	39	17.7
Var	181	82.3
Ağrı (n=181)		
Evet	74	40.9
Hayır	107	59.1
Korku (n=181)		
Evet	8	4.4
Hayır	173	95.6
Gürültü (n=181)		
Evet	35	19.3
Hayır	146	80.7
Konuşmalar (n=181)		
Evet	9	5.0
Hayır	172	95.0
Koku (n=181)		
Evet	1	0.6
Hayır	180	99.4
Uyuyamama (n=181)		
Evet	28	15.5
Hayır	153	84.5
Tıbbi ekipmanlar (n=181)		
Evet	38	21.0
Hayır	143	79.0
Yapılan işlemler hakkında bilgi sahibi olmama (n=181)		
Evet	3	1.7
Hayır	178	98.3
Ziyaretçi kısıtlılığı (n=181)		
Evet	18	9.9
Hayır	163	90.1
Diğer (n=181)		
Evet	18	9.9
Hayır	163	90.1

5. TARTIŞMA

Cerrahi girişim sonrası yoğun bakımdan yatan hasta katlarına transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelendiği çalışmada örneklem grubunu çoğunlukla erkek bireylerin, eğitim düzeyi olarak ortaokul ve altı mezunların ve yetişkin yaş grubunun oluşturduğu görüldü. Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmanın sosyodemografik özelliklerinin literatürle benzerlik gösterdiği saptandı (Adsay 2015, Hintistan ve diğ. 2009, Dinlegör Sekmen ve Ünsar 2018).

Çalışmada Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) alt grupları ve ölçek toplam puanının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği, fakat kadın hastaların puan ortalamalarının (74.000±5.300) erkek hastalardan (73.689±4.901) daha yüksek olduğu saptandı ($p>0.05$). Cinsiyet ile yoğun bakım deneyimi arasındaki ilişkinin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde Tuna ve diğ.'nin (2014) çalışmasında kadın hastaların YBDÖ puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=309$). Hintistan (2009), Terzi ve Kaya (2010b), Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) çalışmalarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucu bu yönü ile literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadın hastaların puan ortalamalarının erkek hastalardan yüksek olması stresle baş etme durumlarının daha etkin olduğu şeklinde ifade edilebilir (Tuna ve diğ. 2014).

Çalışmada hastaların ölçek toplam puanı ve ölçeğin 3 alt boyutundan alınan puan ortalamaları (çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması) arasında yaş değişkenine göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$), Yaş grupları ile yoğun bakım deneyimi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında benzer şekilde Adsay (2015), Hintistan ve diğ. (2009) çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Dinlegör Sekmen ve Ünsar'ın (2018) yapmış oldukları çalışmada ise 61 yaş ve üzeri olan hastaların YBDÖ toplam puanı ve çevrenin farkında olma alt grubu puan ortalaması 60 yaş ve altında olan hastalardan daha yüksek ve olumlu olarak bulunmuştur. Ayrıca yaşı

50 ve üzeri olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler alt grubu puan ortalaması 49 ve altı hastalardan düşük ve olumsuz bulunduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin 4. alt boyutu olan “alınan bakımdan memnuniyet” puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği ($F=3,059$; $p=0.018<0.05$), alınan bakımdan memnuniyet puanlarının yaşı 61 ve üzerinde olanların, yaşı 40 ve altı olan hastalardan yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu puanın daha yüksek bulunması yaşlı bireylerin geçirilen hastalıklara karşı baş etme mekanizmaları geliştirdikleri ve hastalık durumunu kabullendikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada hastaların medeni durumları ile ölçek toplam puanı ve ölçeğin 3 alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında (çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet) anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Adsay (2015) ile Hintistan ve diğ.’nin (2009) çalışmalarında YBDÖ toplam puan ortalamaları ve ölçeğin alt gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$). Çalışmada bekar hastaların ölçeğin 2. alt boyutu olan “yaşanan kötümser deneyimler” puanları evli hastaların puanlarından yüksek bulundu ($t=2.078$; $p=0.039<0.05$). Benzer şekilde Dinlegör Sekmen ve Ünsar’ın (2018) çalışmasında evli olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin bekar hastalardan düşük olduğu ($p<0.05$) belirtilmiştir. Evli hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanlarının düşük bulunması ailelerinden uzak kalmalarıyla, üstlendikleri sorumlulukları hastalık ve hastanede yatma sebebiyle gerçekleştirememeleriyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmada hastaların alınan bakımdan memnuniyet puanlarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($F=5.211$; $p=0.006<0.05$). Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların alınan bakımdan memnuniyet puanlarının öğrenim durumu üniversite ve üzeri olanların alınan bakımdan memnuniyet puanlarından yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması ve yoğun bakım deneyimi toplam puanlarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$). Eğitim durumu ile yoğun bakım deneyimi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında Adsay (2015), Tuna ve diğ. (2014),

Zaybak ve Yapucu Güneş (2010), Hintistan ve diğ.'nin (2009) çalışmalarında YBDÖ toplam puanı ile ölçek alt grup puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$). Çalışmada ortaya çıkan farklılığın sebebi eğitim durumunun yükselmesiyle farkındalığın artması ve buna bağlı olarak yapılan işlemlerin ve verilen bakımdan memnuniyetin azalması olarak düşünülebilir.

Çalışmada hastaların YBDÖ alt boyutları (çevrenin farkında olma, yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet) ve yoğun bakım deneyim ölçeği toplam puanının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$). Benzer şekilde sosyal güvence ile yoğun bakım deneyimi arasındaki ilişkinin incelendiği Çam ve Şahin (2018) ile Hintistan ve diğ. (2009) çalışmalarında sosyal güvence ile YBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Çalışmada hastaların kaldıkları yoğun bakım ünitelerinin YBDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında genel yoğun bakım ünitesi (GYBÜ)'nde kalanların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=17.746$), kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi (KVCYBÜ)'nde kalanların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.163$) yüksek bulundu ($t=2.117$; $p=0.035<0.05$). Bu farklılığın KVCYBÜ'de yatan tüm hastalarda yerleştirilmiş olan toraks tüpü, drenaj sistemi gibi nedenlerden dolayı olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde Adsay'ın (2015) çalışmasında hastaların kalmış oldukları yoğun bakım ünitesine göre YBDÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirtilmiştir ve çalışma puanı ile farklılık göstermektedir. Hastaların çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet ve yoğun bakım deneyimi toplam puanlarının yoğun bakım ünitesi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$).

Çalışmada yoğun bakım ünitesinde kaldıkları oda tipi tek kişilik oda olan hastaların yaşanan kötümser deneyimler puanları ($x=17.746$), yoğun bakım ünitesinde oda tipi genel oda olanların yaşanan kötümser deneyimler puanlarından ($x=17.163$) yüksek bulundu ($t=2.117$; $p=0.035<0.05$). Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanenin GYBÜ'si

kapısının yanında hemşire bankosu bulunan tek kişilik oda, KVCYBÜ'si ise hasta yataklarına uzak hemşire bankosu ve genel oda sistemi özelliğini taşımaktadır. Literatür incelendiğinde Terzi ve Kaya'nın (2011a) çalışmasında hastaların YBDÖ toplam puanlarının yoğun bakımda kaldıkları oda tipi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği belirtilmiştir ($p>0.05$). Çalışma ile karşılaştırma yapıldığında Fredriksen ve Ringsberg'in (2007) çalışmasında sonuç farklı bulunmuş ve tek kişilik odada kalan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu bildirilmiştir. Bu durumun nedeni odada yalnız kalma ve korku ile ilişkilendirilmiştir. Hastaların ölçeğin 3 alt boyutu (çevrenin farkında olma, yaşanan deneyimlerin hatırlanması, alınan bakımdan memnuniyet) ve yoğun bakım deneyimi toplam puanlarının yoğun bakım ünitesinde kaldıkları oda tipi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$). Çalışmada tek kişilik odada kalan hastaların yaşanan kötümser deneyimler alt boyutunun puan ortalamasının genel odada kalan hastalardan yüksek bulunması hastaların yoğun bakımda kötümser deneyim yaşamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Tek kişilik odada kalıyor olmanın deneyimi olumlu etkilemesi bireyin mahremiyetinin sağlanması, odayı tek başına kullandığı için başka bir hastanın varlığından rahatsız olmaması ve hemşire bankosunun oda kapısının yanında bulunması sayesinde hastanın primer hemşiresiyle rahat iletişim kurabilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olmayan hastaların ölçeğin çevrenin farkında olma alt boyutunda deneyimi olanlara göre daha yüksek puan bulunarak ($t=1.992$; $p=0.048<0.05$) istatistiki anlamlılık saptandı, ancak alınan bakımdan memnuniyet alt boyutunda ise daha düşük ($x=23.605$) bulunarak ($t=-2.097$; $p=0.02<0.05$) istatistiki anlamlılık saptandı. Diğer 2 alt boyut (yaşanan kötümser deneyimler, yaşanan deneyimlerin hatırlanması) ve ölçek toplam puanları ile daha önceki yoğun bakım yatış deneyimi değişkeni arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Hintistan ve diğ.'nin (2009), Özşaker ve diğ. (2013), Zaybak ve Yapucu Güneş (2010) çalışmalarında YBDÖ toplam puanı ile ölçek alt grup puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir ve çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir ($p>0.05$). Çalışmada daha önce yoğun bakım yatış deneyimi olmayan hastaların çevrenin farkında olma puanlarının daha yüksek olması yoğun bakım ortamına yabancı olmalarına bağlı olarak, alınan bakımdan

memnuniyetlerinin düşük olması ise yoğun bakımda ilk defa kalıyor olmaları sebebiyle işleyiş hakkında bilgi sahibi olmamalarına bağlı farklılık gösterebilir.

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 95 olup bu çalışmada toplam puan ortalaması 73.809 ± 5.050 olarak saptandı. Ölçekte kesme değeri olmayıp yüksek puan alınması olumlu deneyim olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda çalışma toplam puan ortalamasının (73.809 ± 5.050) yüksek olması hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde YBDÖ puan ortalamalarının Hintistan ve diğ.'nin (2009) çalışmasında 59.42 ± 6.85 , Adsay'ın (2015) çalışmasında 62.1 ± 5.2 , Dinlegör Sekmen ve Ünsar'ın (2018) çalışmasında 67.0 ± 8.56 olduğu görüldü. Bu sonuçlar daha düşük olmakla birlikte ölçeğin kesme noktası bulunmadığı için olumlu deneyim olarak belirtilmiştir. Puan farkının diğer çalışmaların devlet hastanelerinde, bu çalışmanın ise özel bir hastanede yapılmış olması ve hastaların başvurdukları hastaneden beklentilerinin farklı olmasına bağlı olduğu düşünülebilir. YBDÖ toplam puanının bu çalışmada ve incelenen literatürde Hintistan ve diğ.'nin (2009) Dinlegör Sekmen ve Ünsar'ın (2018) çalışmasında olumlu sonuçlanması hastaların çoğunluğunun 60 yaş ve üzerinde bulunması sebebiyle yoğun bakımda kalma durumunu olumsuz olarak değerlendirmedikleri, yaşlılıkla birlikte meydana gelen hastalıkları kabullenmiş olabilmeleriyle ilişkilendirilebilir.

Ölçeğin çevrenin farkında olma alt boyutundan en düşük 6 en yüksek 30 puan alınabileceği belirtilmiştir. Çalışmada YBDÖ'nin çevrenin farkında olma alt grubunun puan ortalaması 16.105 ± 2.075 olarak saptandı. Çevrenin farkında olma puanı Hintistan ve diğ.'nin (2009) çalışmasında 20.63 ± 4.18 , Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) çalışmasında 21.0 ± 4.1 , Aslan ve Tosun'un (2015) çalışmasında 19.97 ± 2.62 olduğu görülmektedir. Bu puan ortalamasının diğer çalışmaların puanlarından daha düşük olduğu görüldü. Puanın düşük olmasının sebebi Hintistan ve diğ.'nin (2009) çalışmalarını koroner ve dahiliye yoğun bakım ünitelerinde kalan hastalara yapmış olmaları ve bu ünitelerde kalan hastalara anestezinin uygulanmaması ya da çok düşük oranda bir hasta grubuna uygulanması, az sayıda hastaya entübasyon yapılması ve drenaj sistemi bulunmasından kaynaklanabilir.

Ölçeğin yaşanan kötümser deneyimler alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20 puan alınabileceği belirtilmiştir. Çalışmada YBDÖ'nin yaşanan kötümser deneyimler alt grubunun puan ortalaması 17.518 ± 2.010 olarak saptandı. Bu puan ortalaması diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Hintistan ve diğ.'nin (2009) çalışmasında 15.61 ± 2.68 , Aslan ve Tosun'un (2015) çalışmasında 15.11 ± 5.31 , Terzi ve Kaya'nın (2010b) çalışmasında 15.64 ± 4.49 olarak bulunduğu ve bu puanlar ile benzerlik gösterdiği görüldü. Fakat Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) çalışmasında yaşanan kötümser deneyimler puanının 8.8 ± 1.4 olduğu ve bu çalışma sonucuna göre düşük bulunması sebebiyle farklılık gösterdiği saptandı. Bu farklılığın sebebinin hastaların farkındalıklarının yüksek olmasına bağlı olarak çeşitli uyaranlara (tedavi ve bakım uygulamaları, yaşam bulguları takibi gibi) maruz kalmaları ve bu alt boyut ölçek puanının yüksek saptanması kötü deneyim yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Ölçeğin yaşanan deneyimlerin hatırlanması alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20 puan alınabileceği belirtilmiştir. Çalışmada YBDÖ'nin yaşanan deneyimlerin hatırlanması alt grubu puan ortalaması 17.082 ± 2.242 olarak saptandı. Bu puan ortalaması diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) çalışmasında yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması 12.5 ± 2.1 , Aslan ve Tosun'un (2015) çalışmasında 13.34 ± 3.37 bulunarak çalışma sonucu ile farklılık gösterdiği fakat Akdemir'in (2010) çalışmasında puan ortalamasının 16.5 ± 4.1 bulunarak çalışma sonucu ile benzerlik gösterdiği saptandı. Farklılığın sebebinin hastaların kaldıkları yoğun bakım ünitelerinin hastaların yoğun bakım ortamını algılamaları, yoğun bakımda sedatize edici ilaç tedavisi uygulanması ve cerrahi girişim sonrası uyanma süresinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Ölçeğin alınan bakımdan memnuniyet alt boyutundan en düşük 5 en yüksek 25 puan alınabileceği belirtilmiştir. Çalışmada YBDÖ'nin alınan bakımdan memnuniyet alt grubu puan ortalaması 23.105 ± 2.593 olarak saptandı. Bu puan ortalaması diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) çalışmasında 15.2 ± 2.3 , Aslan ve Tosun'un (2015) çalışmasında 15.7 ± 2.73 , Akdemir'in (2010) çalışmasında 15.0 ± 3.1 olarak buldukları ve bu puanların çalışmanın alınan bakımdan memnuniyet alt grubu puan ortalamasından düşük ve farklı buldukları görüldü.

Farklılığın sebebinin Aslan ve Tosun (2015) ile Akdemir'in (2010) çalışmalarında hastaların yoğun bakımda ortalama yatış süresinin 2 gün ve üzeri olması, uygulanacak tedavi ve girişimlerin süresinin artması, bu süreçte sosyal çevresinden ayrı kalması ve sağlık personeline bağımlı olduğu algısının oluşması gibi faktörlerden dolayı kaynaklandığı düşünülebilir. Bu çalışmada alınan bakımdan memnuniyet alt boyut puanının yüksek bulunması hastaların yoğun bakımda hemşire ve hekimden durumları, tedavileri ve verilen bakım hakkında bilgi almalarına, iletişimin etkin olmasına, yoğun bakım ortamında yabancılik hissetmemelerine, çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olması sebebiyle hemşire başına düşen hasta sayısının standartlar ve yönergeye uygun etkin hemşirelik bakımının uygulanmasından kaynaklanıldığı düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde Alasad ve diğ. (2015), Çam ve Şahin (2018), Yaman Aktaş ve diğ.'lerinin (2015) yapmış oldukları çalışmalarda yoğun bakımda uygulanan invaziv ve noninvaziv girişimlerin hastaların yoğun bakım deneyimlerini etkilediği belirtilmektedir ve bu çalışmadan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Yoğun bakımda girişimler, cerrahi işlemler, ağrı, MV, endotrakeal aspirasyon, uyku problemleri, oryantasyon ve bilinç bozuklukları, iletişimin yetersiz olması ve gürültü varlığı hastayı rahatsız eden durumlar olarak sayılabilmektedir (Gündoğan ve diğ. 2016, Zengin 2010).

Yoğun bakım ünitesinde ağrı en sık invaziv ve noninvaziv uygulamalara, cerrahi işlemlere, pozisyon değişimine ve pansuman yapılmasına bağlı oluşmaktadır (Gündoğan ve diğ. 2016, Şapulu Alakan ve Ünal 2017). Çalışmada hastaların yüzde 40.9'unun cerrahi sonrası yoğun bakımda cerrahi girişim bölgelerinden kaynaklı ağrı yaşadıkları saptandı. Mattila ve diğ. (2005) çalışmalarını 2732 hastayla yaptıklarını ve cerrahi girişim sonrasında hastalarda en fazla görülen semptomun yüzde 57 oranıyla akut cerrahi ağrı olduğunu belirtmişlerdir. Liu ve diğ.'nin (2012) 897 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada cerrahi girişim sonrası ilk gün hastaların dinlenme halindeyken yüzde 20'sinin, mobilize olurken yüzde 33'ünün orta ve ciddi derecede ağrı ifadeleri olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakımlarda hastaların rahatsızlık duymasına sebep olan bir diğer etmen gürültü olarak belirtilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde cihaz alarmları, telefon sesleri ve personelin konuşma seslerine bağlı gürültü oluştuğu bildirilmektedir (Kol ve diğ. 2015). Çalışmada hastaların yüzde 24.3'ünün yoğun bakımda kapı seslerinden, ortam gürültüsünden, cihaz alarmlarından, personel seslerinden, konuşmalardan, temizlik personelinin çöp alımı sırasında fazla ses çıkararak çalışmasından, hastanedeki tamir ve inşaat seslerinden, diğer odada bulunan bebek hastanın ağlama sesinden ve yoğun bakım ekibinin hareketli çalışmasının karmaşaya sebep olup gürültü oluşturmasından rahatsız oldukları saptandı. Literatür incelendiğinde Yoder ve diğ.'nin (2012) yapmış oldukları çalışmada hastaların cihaz ve infüzyon pompası alarmları, çalışanların konuşmaları ve telefon seslerinden rahatsız oldukları bildirilmiştir ve çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Yoğun bakım ortamının karmaşası, odaların kapılarının açık tutuluyor olması ya da teknik açıdan kapanmaması, cihazların alarm seslerinin yüksek seviyede tutulması ve çalışan personelin sessizlik konusunda hassasiyet göstermemesi ortam gürültüsüne ve hastaların bu durumdan rahatsızlık duymasına sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hastaların yüzde 21'inin yoğun bakımda tıbbi ekipmanlardan rahatsız oldukları saptandı. Hastaların en fazla drenajlardan, thorax tüpü, CVP kateteri ve mesane kateterinden rahatsızlık duydukları belirlendi. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Akdemir'in (2013) yaptığı çalışmada mesane kateteri takılı olan hastaların ağrı ve kateterin çıkacağı algısına kapılma gibi sebeplerden yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada CVP kateteri uygulanan hastaların da yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu belirtilmiştir. Hastaların takip ve tedavi sürecinde kullanılan tıbbi ekipmanların ağrıya, takılı oldukları bölgede hassasiyete ve hareket kısıtlılığı ortaya çıkarmasına bağlı rahatsızlık hissi oluştuğu düşünülebilir.

Çalışmada uyuyamama nedenlerinin yoğun bakım ortamının farklılığı, gürültü, ağrı, sebebiyle uykuya dalamama, korku, tedirginlik hissetme, hemşirelerin yaptıkları işlemler ve vücuda bağlı ekipmanlar nedeniyle yatak içinde rahat hareket etmekte zorlanmaları sebebinden kaynaklandığı ve hastaların yüzde 15.5'inin uyuyamadıkları saptandı. Literatür incelendiğinde çalışma sonucuyla benzer şekilde Ödül Özkaya ve

diğ.'nin (2013) yaptığı çalışmada hastaların ağrı, vücuda takılan tıbbi ekipmanlar, cihazlar ve ortamın gürültülü olmasına bağlı olarak uyku problemi yaşadığı belirtilmiştir. Little ve diğ.'nin (2012) çalışmasında hastaların uyku kaliteleri kötü/çok kötü olarak tanımlanmış ve uyuyamama sebeplerinin gürültü, ağrı, yüksek sesli konuşmalar ve vücuda takılı bulunan kateterlerden kaynaklandığı bildirilmiştir. Çalışmada hastaların uyku durumundaki bozulmanın yoğun bakım ortamının farklılığına, fiziksel ve psikolojik etmenlere bağlı olarak oluştuğu düşünülebilir.

Ağrı, gürültü ve uyku sorunları dışında çalışmada hastaların yüzde 26.5 oranında diğer (korku, koku, yapılan işlemler hakkında bilgi sahibi olmama, ziyaretçi kısıtlılığı, odanın sıcak olması, çalışanların sert üsluplu davranması, çağrı butonunun bozuk olması, önlük yapışkanlarının vücuda batması, alanın kapalı olması, ortamın ışıklandırmasının yetersiz olması, bilgilendirme yetersizliği hemşirelerin ilgisiz olması, oksijen cihazının eski ve yetersiz olması) durumlardan rahatsız oldukları saptandı.

Literatür incelendiğinde Hofhuis ve diğ.'nin (2008) çalışmasında bilgilendirme yapılan hastaların rahatlama hissi duydukları bildirilmiştir. Bulut'un (2006) çalışmasında ise bilgilendirme yapılan hastaların aldıkları hizmetten daha memnun kaldıkları belirtilmiştir. Çalışmada saptanan diğer rahatsız edici durumların çoğunlukla kullanılan ekipmanlara ve fiziki ortama bağlı ortaya çıkması tıbbi ekipmanların ve yoğun bakım ortamının bazı özelliklerinin uygunsuz olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin araştırıldığı bu çalışmada;

- a. Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu olduğu,
- b. Yaşın artmasının yoğun bakım deneyimini olumlu yönde etkilediği,
- c. Öğrenim durumu ortaokul ve üstü olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu,
- d. Daha önce yoğun bakıma yatış deneyimi olan hastaların, genel yoğun bakım ünitesinde ve tek kişilik odada kalan hastaların deneyimlerinin daha olumlu olduğu,
- e. Drenaj sistemi mevcut olan hastaların deneyimlerinin olmayanlardan daha olumsuz olduğu,
- f. Ağrı, gürültü ve uyuyamama gibi sorunların hastaların rahatsızlık duymalarına neden olduğu saptandı.

Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu yönde ifade edilebilmesi için;

- a. Hastaların buldukları yoğun bakım ve geçirdikleri cerrahi girişime göre oluşan farklılıkların göz önünde bulundurulması, bakım ve tedavi süreçlerindeki olumsuz etkilerin elimine edilmesi,
- b. Hastaların yoğun bakımda rahatsız oldukları gürültü, yüksek sesle konuşma gibi etmenler ortadan kaldırılması önerilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akın Korhan, E., 2017. Yoğun bakım hastalarında beslenme ve barsak bakımı, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 157-181, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Akın Korhan, E., 2017. Yoğun bakım hastalarında üriner kateterizasyon, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 145-155, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Arık, A.C., 2011. Yoğun bakım hastalarında anksiyete ve depresyon, *içinde Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*, ss. 1837-1845, Şahinoğlu, A. (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Bozkurt, G., 2017. Yoğun bakımda enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 435-455, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Çakır, M. ve Alhan, C., 2015. *Erişkin kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım süreçleri*, ss. 5-13, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını
- Çelik, S., 2014. Erişkin yoğun bakım hastalarında temel sorunlar ve hemşirelik bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Dilek, A., 2011. Yoğun bakım ünitesinde deliryum, *içinde Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*, ss. 1827-1836, Şahinoğlu, A. (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Dikmen, Y., 2017. Yoğun bakımda ağız bakımı uygulamaları, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 83-103, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Dikmen Y., 2017. Yoğun bakımda göz bakımı uygulamaları, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 105-119, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Eti Aslan, F. ve Yıldız, T., 2017. Ağrı ve ağrı yönetimi, *içinde Fizyopatoloji*, ss. 109-136, Eti Aslan, F. ve Olgun, N. (Ed). Ankara: Akademisyen Kitabevi
- Eti Aslan, F., 2014. Ağrı, *içinde Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*, ss. 127-148, Eti Aslan, F. ve Karadakovan A. (Ed). Ankara: Akademisyen Kitabevi
- Günerli, A. ve Gökmen, A. N., 2011. Yoğun bakım tarihçesi, tanımı, mimarisi ve organizasyonu, *içinde Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*, ss. 5-28, Şahinoğlu, A. (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Şahinoğlu, A. H., 2011. Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri, *içinde Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*, ss. 1-4, Şahinoğlu, A. (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Tel Aydın, H. ve Öztürk Birge, A. 2017. Ağrı ajitasyon/sedasyon ve deliryum yönetimi, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 263-299, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Tokem, Y. 2017. Yoğun bakımda solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, s. 524, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri

- Türkmen, E., 2017. Hemodinamik monitorizasyon, *içinde Yoğun bakım hemşireliği*, ss. 183-202, Durmaz Akyol, A. (Ed). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Yaremchuk, K. & Wardrop, PA., 2011. Sleep Medicine. San Diego: Plural Publishing, Inc. eBook. s.1.
- Yava, A., 2017. Cerrahi yoğun bakım, *içinde Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*, s. 249-278, Eti Aslan, F.(Ed). Ankara: Akademisyen Kitabevi



Sürekli Yayınlar

- Acar, K., Acar, H., Demir, F. ve Eti Aslan, F., 2016. Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg.*, **2**, ss. 85-91.
- Akbayrak, N. ve Bağçivan, G., 2010. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Görülen Enfeksiyonların Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(4), ss. 65-71.
- Akıncı, S.B., 2003. Kritik Hastada Hemodinamik Monitörizasyon. *Yoğun Bakım Dergisi*, **3**(1), ss. 5-21.
- Aktaş, Y. ve Baysan Arabacı, L., 2016. Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1**(3), ss. 39-43.
- Alasad, JA., Tabar, NA. & Ahmad, MM., 2015. Patients' Experience of Being in Intensive Care Units. *Journal of Critical Care*, **30**, pp. 7-11.
- Arslan, S. ve Özer, N., 2010. Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(2), ss. 68-75.
- Aslan, Ö. ve Tosun, B. 2015. Cardiovascular Surgery Patients: Intensive Care Experiences and Associated Factors. *Asian Nursing Research*, **9**, pp. 336-341.
- Atay, S. ve Karabacak, Ü., 2014. Oral Care in Patients on Mechanical Ventilation in Intensive Care Unit: Literature Review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, **2**(3), pp. 822-829.
- Aydınoğlu, B., 2007. Yoğun Bakım Ekibinde Hemşire ve Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, **7**(1), ss. 26-30.
- Aydur, E., Başal, Ş., Tahmaz, L., Seçkin, B. ve Dayanç, M., 2009. Ürolojik Açık Cerrahide Bir Komplikasyon Olarak Dren Tıkanıklığı. *Gülhane Tıp Dergisi*, **51**, ss. 11-16.
- Belhan, Z., Karabulut, EH., Arıtürk, C., Ökten, EM., Toraman, F., Görmez, S. ve Orhan, P., 2015. Koroner Arter Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Kullanılan Drenaj Tüpü Tiplerinin ve Uygulanma Yerlerinin Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrı ve Efüzyon Üzerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **11**(4), ss. 154-158.
- Biket, AP. ve Tönük, S., 2012. Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi ve Günümüzde Türkiye'deki Durumunun Örneklerle İncelenmesi. *Sigma Dergisi*, **4**, ss. 64-76.
- Bulut, H., 2006. Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, **12** (4), ss. 288-298.
- Chowdary, KVR. & Reddy, PN., 2010. Parenteral Nutrition: Revisited. *Indian Journal of Anaesthesia*, **54**(2), pp. 95-103.
- Coşar, A. ve Eşkin, B., 2011. Yanık Hastalarında Hemodinamik Monitorizasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **9**(1), ss. 11-20.
- Çam, R. ve Şahin, B., 2018. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, **1**(1), ss. 10-14.

- Çekmen, N. ve Dikmen, E., 2014. Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nutrisyon. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, **5**(3), ss. 187-197.
- Çekmen, N. ve Kuruca Özdemir, E., 2015. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon. *GKDA Derg*, **21**(3), ss. 129-133.
- Çelik, S., 2006. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **10**(1-2), ss. 19-25.
- Çelik, S., 2016. Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **20**(1), ss. 1-8.
- Çelikel, T., 2001. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi*, **1**(1), ss. 5-9.
- Çınar, S., Aslan, F. ve Kurtoğlu, T., 2011. Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **15**(2), ss. 61-66.
- Çobanoğlu, U., 2014. Yoğun Bakım Hastalarının Monitorizasyonunda Gelişmeler. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, **5**(3), ss. 151-161.
- Dedeli, Ö. ve Durmaz Akyol, A., 2008. Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **12**(1-2), ss. 26-32.
- Dedeli, Ö. ve Durmaz Akyol, A., 2005. Yoğun Bakım Sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **9**(1-2), ss. 20-27.
- Demir, Y., Akın Korhan, E., Eşer, E. ve Khorshid., 2009. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, **1**(1), ss. 1-11.
- Demirel, U. ve Bahçecioğlu, İH., 2010. Enteral ve Parenteral Beslenmeye Klinik Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, **14**(3), ss. 149-154.
- Dinlegör Sekmen, I. ve Ünsar, S. 2018. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **9**(20), ss. 113-119.
- Dönmez, MC., Gündoğar, D. ve Demirci, S., 2007. Deliryum: Nedenleri ve Klinik Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **27**, ss. 718-724.
- Eyigör, C. ve Köken, İ., 2017. Kronik Bel-Boyun Ağrılı Hastada Adjuvan Analjezikler. *TOTBİD Dergisi*, **16**, ss. 133-138.
- Fredriksen, STD. & Ringsberg, KC., 2007. Living the Situation Stress-Experiences Among Intensive Care Patients. *Intensive Crit Care Nurs*, **23**(3), ss. 124-131.
- Gündoğan, K., Çoşkun, R., Güven, M. ve Sungur, M., 2011. Yoğun Bakımda Endotrakeal Entübasyon Komplikasyonları. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2**, ss. 39-43.
- Gündoğan, O., Bor, C., Akın Korhan, E., Demirağ, K. ve Uyar, M., 2016. Erişkin Yoğun Bakım Hastasında Ağrı Değerlendirmesi: Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) Ölçeği’nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik Güvenirlik Araştırması. *J Turk Soc Intens Care*, **14**(3), ss. 93-99.
- Gürkan, A., (2009). Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **13**(1), ss. 1-5.

- Hambusch, ZJ., Kerfeld, MJ., Kirkpatrick, DR., McEntire, DM., Reisbig, MD., Youngblood, CF. & Agrawal, DK., 2015. Arterial Catheterization and Infection: Toll-like Receptors in Defense Against Microorganisms and Therapeutic Implications. *Clinical and Translational Science Journal*, **8**(6), pp. 857-870.
- Hearne, BJ., Hearne, EG., Montgomery, H. & Lightman, SL., 2018. Eyecare in the Intensive Care Unit. *Journal of the Intensive Care Society*, **19**(4), pp. 345-350.
- Hintistan, S., Nural, N. ve Öztürk, H., 2009. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **13**, ss. 40-44.
- Hofhuis, JGM., Spronk, PE., Stel, HFV., Schrijvers, JP., Rommes, JH. & Bakker, J., 2008. Experiences of Critically Ill Patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, **24**, pp. 300-313.
- Htun, TA. & Thein, WM., 2016. Oxygen Therapy. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, **3**(2), pp. 8-14.
- Huygh, J., Peeters, Y., Bernardts, J. & Malbrain, MLNG., 2016. Hemodynamic Monitoring in the Critically Ill: An Overview of Current Cardiac Output Monitoring Methods [version 1; referees: 3 approved]. *F1000 Research*, **5**, pp. 1-9.
- İnal İnce., D., 2006. Yoğun Bakım Ünitesinde Solunum Tedavisi. *Yoğun Bakım Dergisi*, **6**(1), ss. 28-42.
- Kalkan, N. ve Karadağ, M., 2017. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(4), ss. 280-289.
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F., 2013. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **10**(2), ss. 56-60.
- Kocaçal, E. ve Eşer, İ., 2008. Yoğun Bakım Hastalarında Önemli Bir Sorun: Göz Komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **28**(2), ss. 193-197.
- Koçhan, E. ve Akın, S., 2018. Hemşirelerin Enteral ve Parenteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, **4**(1), ss. 1-14.
- Kol, E., İlaslan, E. ve İnce, S., 2015. Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri. *J Turk Soc Intens Care*, **13**, ss. 122-128.
- Kurucu, NM., Efil, S., Aslan, A. ve Karabekir, H. S., 2013. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Bahkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**(2), ss. 79-84.
- Kutlu, L., 2007. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **11**(1), ss. 35-41.
- Little, A., Ethier, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D. & Mehta, S., 2012. A Patient Survey of Sleep Quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiol*, **78**(4), ss. 406-414.

- Liu, SS., Buvanendran, A., Rathmell, JP, Sawhney, M., Bae, JJ., Moric, M., Perros, S., Pope, AJ., Poultsides, L., Valle, CJD., Shin, NS., McCartney, CJL., Ma, Y., Shah, M., Wood, MJ., Manion, SC. & Sculco, TP., 2012. Predictors For Moderate To Severe Acute Postoperative Pain After Total Hip And Knee Replacement. *International Orthopaedics*, **36**, pp. 2261-2267.
- Mattila, K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, PH. & Hynynen, M. 2005. Postdischarge Symptoms After Ambulatory Surgery: First Week Incidence, Intensity, and Risk Factors. *Anesth Analg*, **101**, pp. 1643-1650.
- Makama, JG. & Ameh, EA., 2008. Surgical Drains: What the Resident Needs To Know. *Nigerian Journal of Medicine*, **17**(3), pp. 244-250.
- Ödül Özkaya, B., Yüce, Z., Gönenç, M., Gül, A. ve Alış, H., 2013. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hastanede Yatan Hastaların Uyku Düzenini Etkileyen Etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **9**, ss. 121-125.
- Özkan, S. ve Boyacıoğlu, N., 2018. Yoğun Bakım Hastalarında Gürültünün Etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, **1**(1), ss. 27-32.
- Özşaker, E., Okgün Alcan, A. ve Demir Korkmaz, F., 2013. Yaşlı Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **16** (4), ss. 408-413.
- Pıçakçıfe, M., 2010. Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **9**(4), ss. 367-374.
- Puntis, JWL., Hojsak, I., Ksiazek, the ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN Working Group on Pediatric Parenteral Nutrition., 2018. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN Guidelines on Pediatric Parenteral Nutrition: Organisational Aspects. *Clinical Nutrition*, **37**, pp. 2392-2400.
- Rattray, J., Johnston M. & Wildsmith J., 2004. The Intensive Care Experience: Development of the ICE Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, **47**, pp. 64-73.
- Saniova, B., Drobny, M. & Sulaj, M., 2009. Delirium and Postoperative Cognitive Dysfunction After General Anesthesia. *Med Sci Moni*, **15**(5), pp. 81-87.
- Selçuk, H., 2012. Malnütrisyon ve Önemi. *Gastroenteroloji*, **16**(2), ss. 158-162.
- Smith, RN. & Nolan, JP., 2013. Central Venous Catheters. *British Medical Journal*, **347**, pp. 28-32.
- Şapulu Alakan., Y. ve Ünal, E., 2017. Yoğun Bakım Hemşireliğinde Ağrı Değerlendirmesi ve Ağrı Yönetimi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **4**(2), ss. 12-29.
- Taşdemir, N. ve Özşaker, E., 2007. Yoğun Bakım Ünitesinde Ziyaret Uygulaması: Ziyaretin Hasta, Hasta Ailesi ve Hemşire Üzerine Etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**(1), ss. 27-31.
- Tatlıoğlu, K. ve Karaca, M., 2013. Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *International Journal of SocialScience*, **6**(6), ss. 1101-1123.
- Terzi, B. ve Kaya, N., 2011a. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, **1**, ss. 21-25.
- Terzi, B. ve Kaya, N., 2010b. Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*, **9**(1), ss. 34-45.

- Tuna, A., Bektaş, M., Orhan, F., Ayran, G. ve Oyur Çelik, G., 2014. Koroner Yoğun Bakımda Hasta Deneyimleri. *Anatol J Clin Investig*, **8**(2), ss. 77-81.
- Tunçay, GY., ve Uçar, H., 2010. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, ss. 33-46.
- Uslu, Y. ve Demir Korkmaz, F., 2015. Yoğun Bakım Hastalarında Uyku: Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12**(3), ss. 156-161.
- Uysal, H., 2010. Oksijen Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **1**(1), ss. 28-34.
- Uzelli, D. ve Akın Korhan, E., 2014. Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *F.N. Hem. Derg*, **22**(2), ss. 120-128.
- Tekin, M. ve Tekin, A., 2014. Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **6**(4), ss. 330-339.
- Yalçın, N. ve Aştı, T., 2011. Hemşire-Hasta Etkileşimi. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg*, **19**(1), ss. 54-59.
- Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N., Yılmaz, D. Ve Özkan, AS., 2015. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler. *Kafkas J Med Sci*, **5**(3), ss. 81-86.
- Yaşar Soydan, N., Cansız, SA., Aydoğan, S., Bal, T. ve Yalım, NY., 2016. Yoğun Bakımda Kişi Kavramı ve Mahremiyet İlkesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, **2**(1), ss. 1-11.
- Yavuz Karamanoğlu, A. ve Yavuz, M., 2015. Ağız Sağlığı Hemşirelik Değerlendirmesinde Kanıtlar ve Uygulama Önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **31**(1), ss. 131-143.
- Yılmaz, M. ve Gürler, H., 2011. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları: Hasta Görüşleri. *Ağrı Dergisi*, **23**(2), ss. 72-79.
- Yüceer, S., Demir, S. G., 2009. Yoğun Bakım Ünitesinde Nozokomiyal Enfeksiyonların Önlenmesi ve Hemşirelik Uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*, **36**(3), ss. 226-233.
- Yoder, JC., Stasiunas, PG., Meltzer, DO., Knutson, KL. & Arora, VM., 2012. Noise and Sleep Among Adult Medical Inpatients: Far From a Quiet Night. *Archives of Internal Medicine*, **172**, pp. 68-70.
- Zaybak, A. ve Yapucu Güneş, Ü., 2010. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **26**(2), ss. 17-26.
- Zengin, N., 2010. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **14**(2), ss. 61-66.

Diğer Yayınlar

- Adsay, E., (2015). Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akdemir, NB., (2013). Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aslan, F. (2010). Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler: Geçerlik Güvenirlilik Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bağdigen, M., (2016). Cerrahi Korku Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Sosyal Destek Algısı İle İlişkinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Başar, Z., (2017). Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çapa Görgöz, A., (2015). Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kavuncu, N., (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Geçiren Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Öksüzoğlu, A., (2018). Mekanik Ventilatör Desteğindeki Hastalara İki Farklı Yöntemle Verilen Ağız Bakımının Oral Mukozadaki Bakteriyel Kolonizasyon Üzerine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahin, M., (2018). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Topeli İskit, A., 2005. Yoğun bakım ünitelerinin yapılanması. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, 20-24 Nisan 2005 Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, ss. 3-4.
- Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik **Resmi Gazete**, 27910; 19 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> [Erişim Tarihi: 12.03.2019]
- Sağlık Bakanlığı, Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ **Resmi Gazete**, 28000; 20 Temmuz 2011. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.15146&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yataklı> [Erişim Tarihi: 21.04.2019]
- Sağlık Bakanlığı, Yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesi. 11395; 03.04.2008/08.11.2016. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-uniterinin-standartlari-genelgesi-200853.html> [Erişim Tarihi: 22.03.2019]

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı :** Güler YÜKSEL
- Sürekli Adresi :** Maslak Acıbadem Hastanesi - Sarıyer/İstanbul
- Yabancı Dili :** İngilizce
- İlk Öğretim :** Kümbet İlköğretim Okulu - 2008
- Orta Öğretim :** İlkem Güneş Lisesi - 2012
- Lisans :** Bahçeşehir Üniversitesi - 2017
- Yüksek Lisans :** Bahçeşehir Üniversitesi - 2020
- Enstitü Adı :** Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Program Adı :** Hemşirelik Yüksek Lisans Programı / TR-Tezli
- Yayımları :** **YÜKSEL G., YALIN H.** “ Türkiye’de Hemşireler Tarafından Gerçekleştirilen Etik Konulu Araştırmalar”, **UHOK 2016 Poster Bildiri**
- YÜKSEL G., UZUNGİL T., YALIN H.** “ Lisansüstü Çalışmalarda Kuşaklar Arası Karşılaştırmalar: Literatür İncelemesi”, **UHOK 2017 Poster Bildiri**
- YÜKSEL G. YALIN H.** “ Kuram ve Modele Dayandırılarak Gerçekleştirilen Lisansüstü Hemşirelik Tezlerin İncelenmesi”, **UHOK 2018 Poster Bildiri**
- Çalışma Hayatı :** Temmuz 2017 – Temmuz 2018 : Maslak Acıbadem Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi / Hemşire
- Temmuz 2018 – Halen : Maslak Acıbadem Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi / Hemşire