



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TABURCU OLAN HASTALARIN
YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESRA ADSAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. ÖZDEN DEDELİ

MANİSA-2015



REPUBLIC OF TURKEY
CELAL BAYAR UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**ASSESSMENT OF EXPERIENCES OF THE PATIENTS
DISCHARGED FROM INTENSIVE CARE UNITS**

ESRA ADSAY
MASTER'S THESIS

NURSING DEPARTMENT

SUPERVISOR
ASSIST. PROF. OZDEN DEDELI

MANISA-2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Esra ADSAY

TEŞEKKÜR

Tezimi başından sonuna kadar büyük bir titizlikle değerlendiren danışman hocam

Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ'ye

Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı katkılardan dolayı sayın hocam

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e

Tezime yaptığı akademik ve bilimsel katkılarından dolayı sayın hocam

Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU'ya

Araştırmaya katılan tüm hastalara ve ailelerine,

Sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli eşim ve canım oğluma,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Esra ADSAY
Manisa/2015

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	63
Tablo 2. Hastaların Yoğun Bakım Ünitelerine Yatışları İle İlgili Özellikleri	65
Tablo 3. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	67
Tablo 4. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	69
Tablo 5. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı	70
Tablo 6. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	71
Tablo 7. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	72
Tablo 8. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	73
Tablo 9. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yoğun Bakımda Yatış Sürelerine Göre Dağılımı	75
Tablo 10. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yoğun Bakım Ünitesine Yatış Sayılarına Göre Dağılımı	77
Tablo 11. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yatmış Oldukları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Dağılımı	78

KISALTMALAR

Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği	YBDÖ
Yoğun bakım ünitesi	YBÜ
Intensive Care Unit	ICU
Intensive Care Experience Scale	ICES
Yoğun Bakım Sendromu	YBS
Elektrokardiyografi	EKG
Yoğun bakım hemşiresi	YBH
Ekokardiyografi	EKO
Santral Venöz Basınç	CVP
Manşonlu Otomatik Tansiyon Ölçümü	NIBP
Kardiyak Output	COP
Nazogastrik	N/G
Santral Venöz Kateterizasyon	SVK
Intravenöz	IV
Oksijen	O ₂
Periferik Oksijen Saturasyonu	SPO ₂
Mekanik Ventilasyon	MV
Non-invaziv mekanik ventilasyon	NIMV
İnvaziv mekanik ventilasyon	IMV
Arteriyel oksijen saturasyonu	SaO ₂
End tidal karbondioksit düzeyi	EtCO ₂
Ventilatörle ilişkili pnömoni	VIP
Aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon	IPPV
Pozitif basınçlı ventilasyon	PEEP
Endotrakeal tüpte tıkanma	ETT
Total Parantral Beslenme	TPN
Gastrointestinal Sistem	GIS
Perkütan endoskopik gastrotomi	PEG

İÇİNDEKİLER

1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	3
3.	GİRİŞ	4
4.	GENEL BİLGİLER	8
4.1.	Yoğun Bakım	8
4.2.	Yoğun Bakım Ünitesi	8
4.2.1.	Yoğun Bakım Ünitelerinin Nitelikleri	9
4.2.2.	Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması	12
4.2.2.1.	Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	12
4.2.2.2.	İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	12
4.2.2.3.	Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	13
4.3.	Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul Kriterleri	13
4.4.	Yoğun Bakım Hastası	16
4.4.1.	Yoğun Bakım Hastasında Fiziksel Sorunlar	17
4.4.1.1.	Hemodinamik Monitorizasyon	17
4.4.1.1.1.	Noninvaziv Hemodinamik Monitorizasyon	18
4.4.1.2.	İnvaziv Hemodinamik Monitorizasyon	18
4.4.1.2.1.	İnvaziv Arteriyel Kateterizasyon	19
4.4.1.2.2.	Santral Venöz Kateterizasyon	20
4.4.1.3.	Oksijen tedavisi	21
4.4.1.3.1.	Non-invaziv mekanik ventilasyon	22
4.4.1.3.2.	İnvaziv mekanik ventilasyon	24
4.4.1.3.3.	Endotrakeal Tüp Bakımı	25
4.4.1.3.4.	Ağız bakımı	26
4.4.1.3.5.	Göz bakımı	27
4.4.1.3.6.	Endotrakeal Aspirasyon	28

4.4.1.3.7.	Pozisyon değişimi	28
4.4.1.4.	Mesane Kateterizasyonu	29
4.4.1.5.	Beslenme	30
4.4.1.5.1.	Enteral Beslenme	31
4.4.1.5.2.	Total Parenteral Nutrisyon	33
4.4.1.6.	Analjezi ve Sedasyon	34
4.4.1.7.	Enfeksiyonun Önlenmesi	37
4.4.1.8.	Bası Yarasının Önlenmesi	38
4.4.2.	Yoğun Bakım Hastasında Psikososyal Sorunlar	39
4.4.2.1.	Duyusal Değişiklikler	39
4.4.2.2.	Duyusal Yoksunluk	39
4.4.2.3.	Duyusal Yükleme	40
4.4.2.4.	Algısal Yoksunluk	41
4.4.2.5.	Uykusuzluk	43
4.4.2.6.	Öfke	44
4.4.2.7.	Anksiyete	45
4.4.2.8.	Güçsüzlük	47
4.4.2.9.	Ümitsizlik	48
4.4.2.10.	Spiritüel Distres	48
4.4.2.11.	Yoğun Bakım Sendromu	49
4.5.	Yoğun Bakım Hemşiresi	50
4.5.1.	Yoğun Bakım Hemşiresinin Nitelikleri	51
4.5.2.	Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	52
4.6.	Araştırmanın Önemi	55
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	57
5.1.	Araştırmanın Amacı	57
5.2.	Araştırma Soruları	57
5.3.	Araştırmanın Tipi	57
5.4.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	57
5.5.	Araştırmanın Evren ve Örnekleme	58
5.6.	Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	58
5.7.	Araştırmanın Veri Toplama Araçları	59
5.8.	Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	60

5.9.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	60
5.10.	Araştırmanın Etik Yönü	61
6.	BULGULAR	62
6.1.	Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	62
6.2.	Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerine İlişkin Bulgular	66
7.	TARTIŞMA	79
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	86
9.	KAYNAKLAR	87
10.	EKLER	95
	EK-1 Anket Formu	96
	EK-2 Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği'nin yazar izni	99
	EK-3 Etik Kurul İzni	100
	EK-4 Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	101
	Başhekimlik izni	
	EK-5 Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Kurumu izni	102
	ÖZGEÇMİŞ	103

Başlık: Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: Esra ADSAY

Danışman: Yrd. Doç.Dr. Özden DEDELİ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı (İç Hastalıkları Hemşireliği)

1.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç, yoğun bakım (YB) ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, Manisa merkezdeki bir devlet ve bir üniversite hastanesinde en az 24 saat yatan ve servise nakledilen 190 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada veriler, araştırması tarafından sosyodemografik bilgiler soru formu ve Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği (YBDÖ)'i kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama \pm standart sapma (Ort \pm SS) yüzde dağılımları ve Kruskal Wallis, Mann Whitney U analizleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $56,6\pm 10,8$ (18-65) yıl olup büyük çoğunluğu (%60) erkekti. Hastaların YBDÖ'nden almış oldukları puan ortalamaları $62,1\pm 5,2$ (44,0-78,0) olduğu bulundu. Ölçeğin alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalamaları sırası ile □YB Ünitesinde İken Çevrenin Farkında Olma□ alt boyutundan $17,7\pm 2,4$ (11,0-26,0); □YB Ünitesinde Yaşanan Kötü Deneyimler□ alt boyutundan $16,3\pm 1,8$ (10,0-20,0); □YB Ünitesinde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması□ alt boyutundan $12,9\pm 2,3$ (6,0-19,0); □YB Ünitesinde Alınan Bakımdan Memnuniyet□ alt boyutundan $15,1\pm 3,0$ (5,0-23,0) olduğu belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonuçları, YB'da yatan hastaların genel olarak farkındalık düzeyleri ve bakımla ilgili memnuniyetlerinin orta düzeyde ve YB'da yaşadıkları deneyimlerin kısmen olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, deneyim, yoğun bakım hastası



Title: Assessment of Experiences of The Patients Discharged From Intensive Care Units

Student name: Esra ADSAY

Danışman: Assistant Professor Ozden DEDELI

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı (İç Hastalıkları Hemşireliği)

2. SUMMARY

The purpose of this study was to assess the experiences of the patients who discharged from intensive care unit (ICU). This study which is descriptive and cross sectional was conducted with 190 patients who hospitalized ICU at least 24 hours in a university hospital and a public hospital. The data were collected by a demographic questionnaire and the Intensive Care Experience Scale (ICES). Mean±Standard Deviation, Kruskal Wallis and Mann Whitney U were used in statistical analysis. The mean age of patients were 56,6±10,8 (18-65) years, 60% were male. The patients' the mean scores of ICES were found 62,1±5,2 (44,0-78,0). It was found that the means of subscale scores of ICES were respectively 17,7±2,4 (11,0-26,0) from "being aware of the enviroment in ICU", 16,3±1,8 (10,0-20,0) from "pessimistic experiences in ICU", 12,9±2,3 (6,0-19,0) from "remembering experiences in ICU", 15,1±3,0 (5,0-23,0) from "satisfactions levels about care in ICU". The results of this study show that the patients hospitalized in ICU had generally moderate aware of their environment and satisfactions levels about care and their experiences were partially positive.

Key words: Intensive care unit, experience, critical care patient

3.GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri primer olarak ciddi bir hastalığı olan, yaşamı tehdit altında olan ve sürekli yoğun izlemi gerektiren veya yaşamı destekleyici tedaviye bağımlı olan hastaların yaşamını sürdürmek amacına yönelik hizmet veren birimlerdir. Bireyler yaşamı tehdit eden bir hastalık ya da sağlık durumlarında ortaya çıkan ani ve ciddi değişiklikler nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatmaktadır (Tunçay ve Uçar, 2010; Tel ve Tel, 2009).

Yoğun bakım üniteleri, en ciddi tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım sağlayan birimlerdir. Belki de bunun bir sonucu olarak, bu birimler hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan birçok stresörle karşılaştığı ortamlar olarak kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitelerindeki stresörler fiziksel (ventilatör kullanımı, sakşın, iğne stikler vb), fizyolojik (hareket kısıtlılığı, sık muayene veya dokunulma, konfüzyon, iletişim güçlüğü vb) ve çevresel (sürekli ışık ve gürültü, konforsuz yataklar, hoş olmayan görüntü ve kokular vb) olarak tanılanmaktadır. Bu stresörlere hastanın yanıtı tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklara bağlıdır. Bireyin kendisini ve diğer kişilerle olan ilişkilerini algılaması, spiritüel değerleri, sosyal rollerinde kişisel yeterliliği stres ve hastalığa yanıtının etkilemesinde büyük bir rol oynamaktadır. Fiziksel hastalıklar, travma, cerrahi girişimlerin stres etkisi benlik kavramında rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008). Yapılan çalışmaların çoğu, yukarıda bahsettiğimiz nedenlere bağlı olarak hastaların yoğun bakım ile ilgili

olumsuz deneyimleri olduğunu göstermiştir (Tunçay ve Uçar, 2010; Hintistan ve ark, 2009; Özdemir, 2010; Demir ve ark, 2009).

Yoğun bakım ünitesinde strese neden olan faktörler hastalarda duyuşal yüklenme, duyuşal yoksunluk, algısal yoksunluk gibi duyuşal değişikliklerin ortaya çıkmasına ve Yoğun Bakım Sendromu'nun gelişmesine neden olmaktadır. Bu sorunların yanı sıra yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda uykusuzluk, yer zaman oryantasyonunda bozulma gibi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde hastaların yaşadığı stres ve buna bağlı rahatsızlıklar bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etki göstermekte, hastanın iyileşme sürecini uzatmakta ve hastanede kalış süresini artırmaktadır. Bu stres ve rahatsızlıklar birey yoğun bakım ünitesinde yatariken ortaya çıktığı gibi başka bir servise nakledildikten ya da taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir (Tunçay ve Uçar, 2010; Özşaker ve ark, 2013).

Yoğun bakımdan taburcu edilmiş bireylerle yapılan çalışmalarda, birçok birey, yoğun bakımda yaşadıkları deneyimleri az hatırladığını veya hiç hatırlamadığını belirtmiştir. Bazı hastalarda tuhaf algısal deneyimler ve hoş gitmeyen olayları içeren hatıralar, eziyet verici ve korkutucu halüsinasyonlar ve bir takım rüyalar tanımlamışlardır (Terzi ve Kaya, 2011a). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastalarla yapılmış olan bir çalışmada; taburcu olduktan 6-15. haftalar içerisinde hastalarla tekrar görüşülmüştür. Hastaların yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra fiziksel iyileşme sürecinde normal yaşamlarına dönebilme, günlük rutinlerini yapabilme ve yoğun bakım ortamıyla ilgili olumsuz deneyimleri geride bırakabilme gibi konulardan yakındıkları bildirilmiştir (Maddox ve ark, 2001). Rattray ve Hull (2008) yoğun bakımdan çıktıktan sonra hastaların yaşadıkları psikososyal sorunları ele aldıkları derlemelerinde, hastaların yoğun bakımdan çıktıktan sonra anksiyete,

depresyon, travma sonrası stres gibi, temel psikososyal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Rattray ve ark (2005) yaptıkları çalışmalarında, yoğun bakımdan taburcu olan hastalarda görülen psikososyal sorunların nedeninin hastaların yoğun bakım deneyimleri olduğu belirtilmiştir. Dahiliye Yoğun Bakım ve Koroner Yoğun Bakım ünitesinde taburcu olan 52 hasta ile yürütülen bir çalışmada, bireylerin yoğun bakım ünitesinde yaşadığı kötümser deneyimlerin yüksek, yoğun bakımdayken yaşadıkları deneyimleri hatırlamalarının düşük, yoğun bakım ünitesinden bakımdan memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Hintistan ve ark, 2009). Hastaların yoğun bakımı nasıl algıladıklarının incelendiği bir çalışmada, yoğun bakımın yaygın olarak ağrıyı, gürültüyü, uykusuzluğu, susuzluğu, açlığı, sıcaklığı, soğukluğu, korkuyu, anksiyeteyi, izolasyonu, fiziksel engellenmeyi, bilgi alamamayı, gün ışığının yokluğunu hatırlattığı görülmüştür (Simini, 1999). Koroner yoğun bakımda kalan 85 yoğun bakım hastasının deneyimlerini inceleyen bir çalışmada, hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu olmadığı, ağrısı olan hastaların ve kadınların daha olumlu yoğun bakım deneyimine sahip olduğu belirlenmiştir (Özdemir, 2010).

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarda, hastaların sadece olumsuz deneyimler değil, nötr hatta olumlu deneyimler de yaşadıkları belirlenmiştir. Olumsuz deneyimlerin korku, anksiyete, ağrı ya da rahatsızlık hissi, uykusuzluk ve bilişsel bozukluk, olumlu deneyimlerin güvenlik ve güvenli bir çevrede bulunma olarak tanımladıkları belirtilmiştir. Özellikle hemşirelerin verdiği güven duygusu olumlu deneyim olarak belirtilmiştir. Hastalar yoğun bakım ünitesinde hekimleri güvenli bilgi kaynağı olarak, hemşireleri sürekli gözlem yapan, bakım veren, öz bakımlarını destekleyen ve geliştiren, kaygılarını azaltan bireyler olarak görmektedir (Hupcey ve Zimmerman, 2000;

Misak, 2004; Stein-Parbury ve McKinley, 2009). Sekmen ve Hatipoğlu (1999) Yoğun bakım ünitesinde hastaların %63.4'ünün güven ve rahatlık duyguları yaşama nedenlerini, ciddi bir hastalık ve ameliyattan sağlıklı bir şekilde kurtulmaları, ünite de bakım hizmetlerine verilen önemle açıklamışlardır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, hastaların genellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim, hemşire ve personele güvendiği, kendilerine yapılan açıklamaları yeterli buldukları, soru sorabildikleri, fizik ortamdan ve sağlık çalışanlarından memnun oldukları belirlenmiştir (Söyü k ve ark, 2001).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi; yaşadıklarının farkına varılması, daha sonraki hastaların da sonuçlarını olumlu yönde geliştirmek için etkili hizmetlerin planlanmasında kanıt oluşturabilir ve hastaların tedavi ve iyileşme sürecine olumlu yönde katkı sağlayabilir. Ülkemizde yoğun bakım ortamında tedavi gören hastaların tıbbi tedavileri ve fiziksel bakım gereksinimi karşılanmakla beraber, hastaların ne tür deneyimler yaşadığı henüz yeterince farkında olunan ve önem verilen bir konu değildir. Hastaların yoğun bakım deneyimleri ile ilgili çalışmalar araştırıldığında, hastaların yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacıyla sınırlı sayıda çalışma yapıldığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın amacı, yoğun bakımda en az 24 saat tedavi ve bakım hizmeti almış ve taburcu olan hastaların yoğun bakım ortamı ile ilgili deneyimlerini tanımlayıcı olarak incelemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yoğun Bakım

Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için, özel olarak hazırlanmış ünitelerde, özel olarak eğitilmiş personel tarafından verilen multidisipliner bakım ve tedavi anlayışıdır (Terzi ve Kaya, 2011a; Akdemir, 2013; Çelik, 2007; TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2008; Bayrak-Kahraman ve Bostanoğlu, 2012). Yoğun bakımın amacı; bir ya da birden fazla organda, fonksiyon bozukluğu veya yetmezlik gelişen hastaların, altta yatan patofizyolojik mekanizma saptanıp, tedavi edilinceye kadar vital fonksiyonların korunmasını sağlamak ve gerektiğinde fonksiyon bozukluğu veya yetmezliği olan organın fonksiyonunu bir başka biçimde devam ettirmektir (Akdemir, 2013).

4.2. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), klinik durumu kritik olan hastaların izlenerek, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibi tarafından özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı en karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, interdisipliner bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu, 24 saat, haftanın yedi günü ve yılın 365 günü sürekli ve aynı standartta hasta bakımı veren özel birimlerdir (Hintistan ve ark, 2009; Bayrak-Kahraman ve Bostanoğlu, 2012; Topeli- İskit, 2005; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014; Çelikel, 2001).

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılı 11395 sayılı Genelgesi'ne göre YBÜ; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir (TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2008).

4.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Nitelikleri

Yoğun bakım üniteleri hastalık gruplarına göre ayrı ayrı (örneğin; dahiliye, cerrahi, göğüs hastalıkları, nöroloji vb.) veya tüm kritik hastaların yatırılabilirdiği genel bir ünite şeklinde yapılandırılabilir (Akdemir, 2013; Topelli-İskit, 2005). Bu sistemlerin birbirlerine üstünlüğü gösterilememiş olmakla birlikte intrakranial kanama ve kafa travması tablosunda olan hastaların nörolojik yoğun bakım ünitelerinde izlenmelerinin sağ kalımı arttırdığı gösterilmiştir (Topelli-İskit, 2005; Topelli-İskit, 2001).

Tüm yoğun bakım üniteleri mümkünse yan yana olmalı, hastane trafiğinden uzak olmalı, acil servis, ameliyathane, laboratuvarlar, radyoloji üniteleri ve asansörlere yakın olmalıdır. İhtiyaca göre yatak sayısı belirlenmekle birlikte genellikle hastane yataklarının %5-10'unu oluşturmalıdırlar. İdeal yatak sayısı 8-12 olmalıdır. Yatak sayısı 10'a kadar olan yoğun bakımlar tek ünite olarak düzenlenmelidir. 10'dan fazla olanlar ise her biri 6-10 yataktan oluşan birden fazla üniteye ayrılabilir. Yatak başına 40 m² alan ayrılmalıdır. Bu alanın yarısı hasta için, diğer yarısı da diğer birimler (depolar vb.) için ayrılmalıdır. Yoğun bakım üniteleri açık koğuş sistemi (hastaların ayrı bölümlerde izlenmediği sistem), ayrı izole odalar

(her hastanın ayrı bir bölümde izlendiği sistem) veya modüler tarzda (her iki sistemin birlikte uygulandığı, diğer bir deyişle bir bölüme birden fazla hastanın yatırıldığı sistem) şeklinde olabilir. Açık koğuş sisteminde yataklar arası 2.5 m mesafe bulunmalıdır. Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır. Yataklı bölümler dışında personel için odalar, temiz malzeme odası, kirli malzeme odası, ilaç-tedavi odası veya bölmesi, toplantı odası gibi bölümler olmalıdır. Personel, malzeme girişleri ile ziyaretçi girişleri ayrı olmalı açık sistemde iki yatak için bir lavabo, izole odalar için ise her odada bir lavabo bulunmalıdır. Yoğun bakım ünitelerindeki her yatak yoğun bakım yatağı özelliklerini taşımalıdır. Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. Her ventilatörlü yatak başında bir adet balon – valf-maske sistemi bulunmalıdır. Yatak başlarında en az ikişer adet O₂, hava kaynağı; vakum sistemi; aydınlatma sistemi ve onaltışar adet priz bulunmalıdır. Hasta başında diyaliz yapılmasına olanak verecek şekilde su sistemi olmalı, hasta yatakları değişik pozisyonlar verebilmeyi mümkün kılmalı; hasta monitörleri invaziv monitörizasyon olanakları sağlayabilmelidir. Merkezi monitörizasyonu (modüler yapılanmada birden fazla hemşire deski gerekebilir) mümkün kılacak bir planlama yapılmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinin hasta alanları içerisinde tuvalet bulunmamalıdır. Yoğun bakım ünitelerinin giriş çıkış kuralları belirlenmelidir. Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır. Sıcaklık 22-28C° nem oranının %30-60 arasında olması sağlanmalıdır. Hastaların oryantasyonunun korunması için, YBÜ'nde yatan her hasta tarafından görülebilecek şekilde saat, takvim, televizyon ve radyo da bulunmalıdır. YBÜ'nde kullanılacak mobilyaların, ergonomik, estetik, dayanıklı, birçok fonksiyonu olan, kolay taşınabilir, bakım ve temizliği kolay, lekeler ve

kimyasal maddelere dirençli, antibakteriyel özellikte olması gerekmektedir. Duvar boya ve kaplamalarının ses emiciliği yüksek, kolay temizlenebilen hatta antibakteriyel nitelikte (epoksi esaslı boyalar) olması tercih edilmelidir. Boya ve kaplamalarda iddialı renklerden kaçınılmalı, sakinleştirici ve rahatlatıcı renkler kullanılmalıdır. Zeminde kullanılan malzeme olabildiğince az birleşim yeri gösteren, antimikrobiyal özellikteki büyük tabakalardan oluşmalıdır. Ağır cihazların taşınmasına dayanıklı olmalıdır. Bakım ve temizliği kolay olmalıdır. Pencere zaman oryantasyonu için çok önemlidir. Bu sayede hastalar gündüz ve geceye uyum sağlayabilmektedirler. Hastane içinde, tercihen servisin yakınında 14 m²'den az olmamak üzere hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenmelidir (Akdemir, 2013; Tunçay, 2005; Polat, 2007; Yurdalan, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde çapraz enfeksiyonlar, en sık görülen bulaşma yoludur. Hastaların izolasyonu için her 6 yoğun bakım ünitesi yatağı için en az bir adet tek yataklı oda bulunmalıdır. İzole odaların alanının 25 m² olarak planlanması uygundur ayrıca bu odalara eklenen bir giriş kapısı bulunmalıdır. İzolasyon odalarının tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanmalıdır. Bu odalarda ayrıca acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi de bulunmalıdır. Havalandırma sisteminin basıncı, hasta alanından üniteye doğru (pozitif basınç) olmalı ve izolasyon odalarında hava basıncının değiştirilebilmesini (pozitif ya da negatif) sağlayan sistemler bulunmalıdır. YBÜ'de, %99 etkinlikte filtre edilmiş hava sağlanmalı ve bunun için hepa filtreler kullanılmalıdır. Ortam sıcaklığı, 16-27C° ye ayarlanabilmeli ve ortamda %30-60 nem sağlanabilmelidir. Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalıdır, ortak koridora açılabilir. Oda giriş kapısının hemen dışında

musluk ve lavabo bulunmalıdır. Negatif basınçlı solunum izolasyon odalarının duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanmalıdır (Akdemir, 2013; TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2008; Topeli-İskit, 2005).

4.2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması

Yoğun bakımlar kabul edeceği hastaların klinik durumuna, sağlık personeli, donanım ve mekansal özelliklerine göre basamaklandırılır. Yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması aşağıda belirtilmiştir.

4.2.2.1. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Temel monitörizasyon yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, Kardiyopulmoner Resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonu yapılabilen: 2. veya 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleridir. Hekim hizmeti konsültasyon şeklinde sunulur. Bu ünitelerde invaziv girişim yapmadan solunum desteği olanağı bulunur. Bu üniteler “Ara Yoğun Bakım Ünitesi” olarak adlandırılmaktadır. En az iki yatağı olmalıdır. Örneğin; Koroner yoğun bakımlar. Üniteye her vardiyada bir hemşire bulunmalıdır (TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi 2008; Topeli-İskit, 2005; Topeli-İskit, 2001).

4.2.2.2. İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

1. basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişim gereksinimi olan, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapıldığı, 2. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan ve transfer yapabilen yoğun bakım üniteleridir. Üniteye yoğun bakım uzmanı bulunur. Üniteye diğer bölüm dallarından hekimler sürekli bulunmamakta ancak gereksinim duyulduğunda

konsültasyon ile çağrılmaktadır. En az dört yatağı olmalıdır. Ünite, her vardiyada dört yatak için en az bir hemşire bulunmalıdır (TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi 2008; Topeli-İskit, 2005).

4.2.2.3. Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Altta yatan özellikli hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı özel yoğun bakımlar, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen, ileri izlem araç ve gereçleri (EKG, monitör, pulseoximetre, kafa içi basınç ölçüm monitörü vb) ile donatılmış ünitelerdir. Burada yatan hastalara uzun süreli invaziv ve noninvaziv solunum desteği verilebilir. Hekimler, alanında (kardiyoloji, beyin cerrahisi vb.) uzman bireylerdir ve sürekli ünite, bulunurlar. Ünitenin günün 24 saati radyoloji desteği vardır. Örneğin; Beyin cerrahisi, Kardiyovasküler cerrahi. En az altı yatağı olmalıdır. Ünite, her vardiyada üç yatak için en az bir hemşire bulunmalıdır (TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi 2008; Topeli-İskit, 2005).

4.3. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul Kriterleri

Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü sırasında yoğun bakım tedavi ve desteğine gereksinim duyan ve yaşamsal açıdan öncelik taşıyan hastaların belirlenmesi önemlidir. Yoğun bakım, şiddetli hastalıklar ve akut sağlık sorunları nedeniyle yaşamsal fonksiyonları stabil durumda olmayan hasta nüfusunda, daha iyi sonuçlar elde edebilmek için yapılmalıdır. YBÜ’nde yatan hastalar, sağlık durumlarına ve bununla ilgili olarak gereksinim duydukları bakım düzeyine göre dört gruba

ayrılmaktadır. Bu gruplandırmada, kriter olarak hastanın fizyolojik durumu (yaş, kronik, sağlık durumu vb.), anormal fizyolojik bulguları (solunum hızı, nabız, oksijen saturasyonu, bilinç düzeyi vb.), altta yatan sağlık problemleri ya da ameliyatları (kardiyopulmoner fonksiyon bozukluğu, karmaşık cerrahi girişim vb.) ve yakın izlem gereksinimleri (ventilatöre bağlı olma, bölgesel anestezi, drenaj vb.) göz önünde bulundurulmaktadır (Çelik, 2007).

Yoğun Bakım Tıp Derneği'nin Etik Komitesi hasta kabulünde standartları sağlamak amacıyla yoğun bakım ünitesine kabul kriterlerini belirlemiştir. Oluşturulan kriterlerde öncelikler, tanıya dayalı ve objektif parametreler model kullanılarak belirlenmiştir. Bu modeller kullanılarak kurumun kendisi, özel gereksinimleri için spesifik kabul kriterleri oluşturabilmektedir.

1. Derece öncelikli: Kritik durumda, yoğun bakım ortamı dışında yarar sağlanamayan yoğun izlem ve tedaviye gereksinim duyan, kardiyopulmoner ve nörolojik dengesizliği olan, stabil durumda olmayan hastalar bu gruba girmektedir. Genellikle, birinci öncelikli hastalarda ventilatör desteği, sürekli vazoaktif ve antiaritmik ilaç infüzyonu, yoğun sıvı replasmanı, serebral ödem kontrolü gibi tedavi ve bakım girişimleri uygulanmaktadır. Ağır travma, akut solunum yetmezliği, sepsis deneyimleyen veya kalp cerrahisi, transplantasyon, karaciğer rezeksiyonu ve pnömonektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemi örnek olarak verilebilir.

2. Derece öncelikli: Uygulanan girişimden hemen sonra büyük olasılıkla yoğun izleme ve acil müdahalelere gereksinim duyan hastalardan oluşmaktadır. Açık havayolunun sağlanması ve hemodinamik durumun izlemi, yoğun göğüs fizyoterapisi ve kapsamlı yara bakımı gibi tedavi ve bakım aktiviteleri ikinci öncelikli hastalara uygulanmaktadır. Geniş baş-boyun cerrahisi hastaları, ventilatör

desteği gerektirmeyen akciğer cerrahisi hastaları, fizyolojik rezervi sınırlı ameliyat sonrası dönemdeki hastalar ve nekrotizan fasilitisli hastalar örnek olarak verilebilir.

3. Derece öncelikli: Stabil durumda olmayan, fakat altta yatan hastalıkları ve bu akut hastalıkların doğasından dolayı iyileşme olasılığı az olan hastalar olarak tanımlanabilmektedir. Üçüncü öncelikli hastalar yoğun bakım ve tedaviye gereksinim duymalarına karşın, entübasyon ya da kardiyopulmoner resüsitasyon gibi terapötik çabalara nadiren yanıt vermektedirler. Stabil durumda olmayan, fakat altta yatan hastalıklar nedeniyle iyileşme olasılığı az olan hastalarda ek olarak enfeksiyon, kardiyak tamponad, havayolu obstrüksiyonu gibi komplikasyon gelişen hastalar örnek olarak verilebilir.

4. Derece öncelikli: Yoğun bakım ünitesine genelde kabul edilmesi uygun olmayan hastalar olarak nitelendirilmektedir. Yoğun bakımdan yarar sağlaması beklenmeyen veya çok az yarar sağlayabilecek hastalar ile ölümünün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu düşünölen hastalar bu gruba girmektedir. Hastaların kabulü yoğun bakım ünitesi yöneticisinin olağanüstü hallerde, kişisel bazdaki kararına bağlı olmaktadır. Periferik vasküler cerrahi işlem geçirenler, hemodinamik olarak stabil diyabetik ketoasidoz ve hafif konjestif kalp yetmezliği olan hastalar dördüncü öncelikli gruba örnek olarak verilebilir. Terminal ve geri dönüşümsüz, ölümle sonuçlanabilecek hastalıklar, ciddi geri dönüşsüz beyin hasarı, çoklu organ yetmezliği, kemoterapi ve/veya radyoterapiye yanıt vermeyen ve spesifik bir tedavi protokolünde olmayan metastatik kanserli hastalar, bilinci yerinde olup yoğun bakım tedavisini/invaziv monitörizasyonu kabul etmeyen hastalar, organ donör adayı olmayan beyin ölümü olguları, sürekli vejetatif durumdaki hastalar, kalıcı bilinç kapanıklığı halinde olan hastalar da bu grup içerisinde yer alırlar (Çelik, 2007).

4.4. Yoğun Bakım Hastası

Yoğun bakım hastası, fizyolojik dengesini yitirmiş, günün 24 saati, haftanın 7 günü ve yılın 365 günü sürekli ve aynı standartta yoğun izlem, monitörizasyon ve organ destek tedavisi gerektiren hastadır. Ancak terminal tabloda olan hastalara da hasta ve hasta yakınlarının istekleri doğrultusunda insancıl bakım sağlanmalı, gerektiğinde bu istekler doğrultusunda agresif destek kesilebilmelidir. En iyi hasta bakımının sağlandığı sistem, yüksek yoğunlukta yoğun bakım uzmanı tarafından bakım verilen sistemdir. Diğer bir ifadeyle, kapalı sistem yönetim ve yoğun bakım sorumlusunun olması morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Yoğun bakım personeli tarafından bakım hizmeti almalıdır.

Yoğun bakım hastası anstabilidir. Her an genel durumu değişebilir. Bu nedenle hızlı yatış, uygun nakil, yakın ve hedefe yönelik monitörizasyon, hızlı ve uygun tanı ve tedavi ve en uygun zamanda çıkış planı gerekir. Yoğun bakım hastasında hastane infeksiyon riski yaklaşık yirmi kat fazladır, maliyet fazladır, komplikasyon gelişme riski ve tıbbi hatalar fazladır.

Yoğun bakım ünitesine yatış kararı yoğun bakımcı tarafından verilmelidir. Hasta en kısa sürede uygun nakil koşulları oluşturularak, yoğun bakım ünitesine gönderilmelidir. Yatışta gecikme olacaksa uygun tedavi hastanın bulunduğu serviste başlamalı veya hasta başka bir yoğun bakım ünitesine nakledilmelidir. Yoğun bakım hastasında mümkün olduğunca nakillerden kaçınılmalı, ancak gerekiyorsa hastanın izlemi boyunca yapılan monitörizasyon ve tedavi nakil sırasında da uygulanmalıdır. Monitörizasyon sadece monitörde görülen parametreleri değil, fizik muayene ve tetkikleri de kapsmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde gelişmiş parametreler takip

edilebilmelidir. Hastanın izlemi sırasında hasta başının mümkün olduğunca 45 derece yukarıda tutulması, erken enteral beslenme başlanması, venöz tromboemboli profilaksisi, stres ülser profilaksisi, ağız hijyeni, sık pozisyon verilmesi, ağrı kontrolü, sedasyon gibi genel uygulamalar unutulmamalıdır. Yoğun bakım hastasında deliryum çok sık gelişmektedir. Bunu önlemek için oryantasyon korunmalı, gereksiz ilaç kullanımından kaçınılmalı, uyku düzeni korunmalıdır. En önemlisi de hasta ve yakınlarının isteklerine saygı gösterilmeli, yaşam kalitesine önem verilmelidir. Yoğun bakım hastasında gelişebilecek fiziksel ve psikososyal sorunlar aşağıda tartışılmıştır (Topeli-İskit, 2007).

4.4.1. Yoğun Bakım Hastasında Fiziksel Sorunlar

Hastalara YBÜ'nde invaziv ve invaziv olmayan uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamalar içerisinde; hemodinamik monitörizasyon, oksijen tedavisi, non invaziv mekanik ventilasyon, invaziv mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, mesane kateterizasyonu, santral venöz kateterizasyonu, invaziv arteriyel kateterizasyon, izolasyon, pozisyon verme, fiziksel tespit, beslenme, ağız bakımı, masaj, medikal tedavi yer almaktadır. Hastanın hastalık süreci ve yapılan tüm bu işlemlere bağlı olarak çeşitli fiziksel sorunlar gelişebilmektedir.

4.4.1.1. Hemodinamik Monitorizasyon

Yoğun bakım hastalarında hemodinamik monitörizasyon; kardiyorespiratuar performans hakkında bilgi edinilmesini, dolaşım sistemi ile ilgili bozuklukların hemen fark edilip tedavinin başlanabilmesini ve tedavinin izlenebilmesini sağlar. Hemodinami: Kalbin pompa mekanizmasının kanın hareketi ile ilişkisidir. Kritik hastalarda 5 vital parametreye (kan basıncı, kalp hızı, solunum hızı, arteriyel

satürasyon ve ısı) ek olarak solunum, dolaşım, renal, hepatik, serebral gibi End-Organ fonksiyonların daha yakından izlenmesi gereklidir. Hemodinamik monitorizasyon yöntemleri; kan basıncı monitorizasyonu, elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), santral venöz basınç (CVP), pulmoner arter kateterizasyonu, idrar miktarının ölçülmesidir (Akıncı, 2003; Gök ve Yosunkaya, 2012).

4.4.1.1.1. Noninvaziv Hemodinamik Monitorizasyon

Noninvaziv hemodinamik monitorizasyonda, noninvaziv kan basıncı ölçümü (NIBP- manşonlu otomatik tansiyon ölçümü), EKG (kalp hızı, nabız- ritim takibi), SpO₂, mental durum, cilt ısısı, kapiller doluş, idrar çıkışı takip edilmektedir (Gök ve Yosunkaya, 2012).

4.4.1.1.2. İnvaziv Hemodinamik Monitorizasyon

Santral Kateterizasyon ile CVP ölçümü, Pulmoner Arter Kateteri (Swan-Gantz) ile pulmonerarter basıncı, kardiyak output (COP) ölçümü, Sistemik oksijenasyon, Mixte venöz O₂ satürasyonu, Sol Ventrikül ED basıncı takibi yapılmaktadır. Arter kateterizasyonu ile sistolik, diastolik ve ortalama kan basıncı ölçümü yapılmaktadır. Ayrıca arter kateteri kan gazları ve diğer analizler için kan örnekleri almak amaçlı kullanılabilir. İdrar sondası, gastrik tonometri (viseral perfüzyon takibi). Kafa içi basınç ve perfüzyon takibi invaziv olarak yapılmaktadır (Gök ve Yosunkaya, 2012; Özyazıcıoğlu ve ark, 2001).

4.4.1.1.2.1. İnvaziv Arteriyel Kateterizasyon

İnvaziv Arteriyel Kateterizasyon (İAK) kritik hastalarda, arteriel kan gazının analizi, kan basıncı ve kardiyak atımın ölçümünde yaygın olarak kullanılır. Arter içine bir kanül yerleştirilir. Kanüle bağlı içi sıvı dolu bir uzatma aracılığıyla 'transducer'e iletilen dalgalanma, monitörde digital olarak arter basıncı ve bir trase olarak izlenir. Kateterizasyon için sık kullanılan bölgelerden biri olarak radyal arter tercih edilmekle birlikte, femoral arter de kullanılabilir. Hipovolemik, kardiyojenik, septik şoktaki ya da birden fazla yaşamsal organın yetersizliğindeki hastalarda, pozitif inotrop veya vazopressör ilaçlara gereksinim vardır. Bu ilaçların etkinliğinin ve hangi dozda devam edileceğinin kararı, kardiyovasküler değerlendirme ile yapılır. Radyal arter kateterizasyonu kullanılarak yapılan monitörizasyon, hemodinamik açıdan stabil olmayan hastalar için en uygun yöntemdir. Yoğun bakım hastaları, hemodinamik açıdan stabil olmadıklarından, yoğun bakım ünitelerinde sık uygulanan bir yöntemdir (Akdemir 2013; Sargın ve Tanrıverdi, 2011).

Kateterden kaynaklanan enfeksiyon potansiyel bir komplikasyondur. İAK kullanımı uzatma hattının veya kateterin diskonneksiyonu sonucu hemoraji gelişebilir. Kanülasyon süresinin uzunluğu, geniş kateter kullanım ve arter çapının küçük olması nedeniyle tromboz görülebilir. Oluşan radyal arter trombozunun kutanoz bölümlere kadar ilerlemesinden kaynaklı olarak cilt nekrozu gelişebilir. Hava veya partiküllerin kateter içine kuvvetle enjeksiyonu, distale veya proksimale emboliye neden olmaktadır. Özellikle koagülopatisi olanlarda olmak üzere herhangi bir arteriyel girişimi takiben hematoma oluşumu mümkündür. Buna bağlı olarak da

hastada nörolojik hasar olabilir. Geç vasküler komplikasyonlar ve yanlış basınç ölçümü de diğer sorunlar arasındadır (Akdeniz ve Ünlü, 2004).

4.4.1.1.2.2. Santral Venöz Kateterizasyon

Santral venöz basınç, vena kava superior veya sağ atrium girişinin basıncı olarak tanımlanır. Santral Venöz Kateterizasyon (SVK) sağ atrium ve kalbe giren büyük venlerin birleştiği yere bir kateter yerleştirilmesi ve bu kateter vasıtası ile ölçüm yapılması işlemidir (Gök ve Yosunkaya, 2012; Coşar, 2013). Santral venöz kateter, santral bir vene yerleştirilen 6 cm'den uzun olan kateterlerdir. Santral venöz kateteri, internal jugular, femoral ya da subklavyen vene yerleştirilebilmektedir. Kateter sağ atrium girişine kadar ilerletilmelidir. SVK, YB hastalarına hemodinamik stabilitenin bozulmuş olması nedeni ile hemodinamik monitörizasyon, parenteral beslenme, hemodiyaliz gereksiniminin olması gibi nedenler ile takılmaktadır (Çam ve ark, 2008; Özyazıcıoğlu ve ark, 2001).

Kateterin mekanik iritasyonuna bağlı steril tromboflebit gelişebilir ya da kateter uzun süre değiştirilmeden kullanılırsa bakteriyel enfeksiyonlar görülebilir. İritasyon ve enfeksiyon nedeniyle kateterin giriş yerinde ağrı ve enflamasyon gelişir. Ağrı ve enflamasyonu önlemek için kateter takılmadan önce uygun cilt bakımı verilmelidir. Kateter takılması sırasında steriliteye dikkat edilmelidir. I.V. solüsyon, I.V. seti, tamponlar ve bağlantı tüpleri her gün; kateter giriş yeri 48-72 saatte bir değiştirilmelidir. Enfeksiyon belirtileri görüldüğünde kateter çıkarılmalı ve bölgeye sıcak uygulama yapılmalıdır. Ağrı için gerekirse analjezik verilebilir. Kateter ucunu tıkayan bir pıhtı nedeniyle sıvı infüzyonu yavaşlayabilir. Bunu önlemek için; sıvı infüzyonu kesintisiz devam etmelidir. Kateterden kan verildiyse arkasından izotonik sıvı verilmelidir: Pıhtı oluştuysa, çözmek için 250 ml. I.V. solüsyon içine 250 ünite

heparin konularak kateter irrije edilmelidir. Kateterin ucuna bir enjektör takılarak pıhtı aspire edilmeye çalışılır.

Hekim konsülte etmeden kateter, irrigasyon işlemi için zorlanmamalıdır. irrigasyon işlemi rahat yapılamıyorsa kateter başka bir yere yerleştirilmelidir. Kateterde ya da bağlantı setinde bulunan havanın sisteme verilmesi nedeniyle hava embolisi gelişebilir. Bunu önlemek için; kateter I.V. set ve manometre hava kaçağı açısından dikkatle izlenmelidir. Hastada görülebilecek, ani gelişen dispne, takipne, öksürük, siyanoz, solunum durması gibi belirtilere karşı uyanık olunmalıdır. Belirtiler görüldüğünde hasta hemen sol tarafına çevrilip, yatağın ayak kısmı yükseltilir (trendelenburg pozisyonu). Bunun amacı havanın sağ atriyumda tutulup absorbe olmasını sağlamaktır. Ayrıca hastaya yüksek basınçlı oksijen verilir ve solunuma yardımcı olunur. Özellikle subklaviyan ven yoluyla kateter yerleştirilirken yanlışlıkla plevral boşluğa girilmesine bağlı pnömotoraks; kateterin kalbin içinde yanlış pozisyonuna bağlı ritm bozuklukları ve endokard lezyonu gelişebilir. Bunu önlemek için; kateter yerleştirme işlemi yapıldıktan sonra göğüs filmi çekilerek tam olarak lokalizasyonu görülür. Hastanın solunum sesleri, solunum hızı ve EKG'si sık sık değerlendirilir. Hastada göğüs tüpü varsa ve CVP kateteri ile aynı tarafta ise, göğüs tüpünden fazla miktarda sıvı geliyorsa, kateter plevral boşlukta olabilir (infüzyotoraks). Göğüs tüpü drenajının hematokriti ölçülerek kesin tanı konur. Bu durumda infüzyon derhal durdurulur (Gök ve Yosunkaya, 2012; Özyazıcıoğlu ve ark, 2001).

4.4.1.2. Oksijen tedavisi

Vücuttaki dokuların gereksinimini karşılama için atmosferde bulunan oksijen yeterlidir, ancak bazı akut ve kronik durumlarda oksijen desteğine gereksinim

duyulur. Oksijen tedavisinin hasta için yeterli olup olmadığı, invaziv veya non-invaziv yöntemler ile oksijen saturasyonu ölçümü yapılarak değerlendirilir. Uygulama sırasında, hastanın değerlendirilmesi ve izlemi için, arteriyel kan gazı analizi, pulse oksimetre takibi, solunum sayısı, tipi, yardımcı solunum kaslarının kullanılıp kullanılmadığı, nabız ve kan basıncı takibi yapılmalıdır. Hastalara oksijen vermek amacıyla; nazal kanül, rezervuarlı nazal kanül, basit oksijen maskesi, parsiyel rebreathing maske, nonrebreathing maske, venturi maskesi gibi maskeler kullanılabilir. Bu maskelerin seçimi, hastaların klinik tablosuna veya kişisel özelliklerine göre değişebilmektedir (Uysal, 2012; Akdemir, 2013) .

Oksijen maskelerinin yeterli olmadığı durumlarda veya farklı nedenler ile hastalara, mekanik ventilasyon desteği verilebilmektedir. Mekanik ventilasyon (MV), gaz değişim fonksiyonu kendiliğinden gerçekleşemeyen hastalarda solunum fonksiyonunun yapay olarak bir cihaz yardımı ile sürdürülmesi işlemidir (Öz ve Meyancı-Köksal, 2006). Temel amaç, solunum işini azaltmak ve hayatı tehdit eden hipoksemi veya akut progresif asidozu düzeltmektir. Solunum işinin artması, solunum yetersizliği ve solunum durması mekanik ventilasyonun genel endikasyonlarıdır. MV sırasında hastaya başlıca total veya parsiyel solunum desteği sağlanır. Bu amaçla kullanılan cihazlara “ventilatör” adı verilmektedir (Akdemir, 2013) .

4.4.1.2.1 Non-invaziv mekanik ventilasyon

Non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV), bir ventilatör ve maske aracılığı ile hastaya pozitif basınçlı mekanik ventilasyon uygulanmasıdır. NIMV, kısa süreli, aralıklı ve kısmi ventilasyon desteği modudur. Spontan soluyan hastaların endotrakeal entübasyonsuz (veya trakeotomisiz) solutulmasıdır (Utku, 2006;

Akdemir, 2013). NIMV 'da amaç, semptomları iyileştirmek, solunum işini azaltmak, gaz değişimini düzeltmek, hasta konforunu sağlamak, hasta/ventilatör uyumu, riskin azaltılması, entübasyondan kaçınmak, uyku süresini ve kalitesini arttırmak, yaşam kalitesini arttırmak, fonksiyonel durumu düzeltmek, yaşamı uzatmaktır (Ursavaş ve Özyardımcı, 2003; Utku, 2006; Akdemir, 2013). Eğer bilinen kontrendikasyonları yok ise solunum yetmezliği ile gelen tüm hastalara öncelikle NIMV uygulanmalıdır. NIMV'de, hastanın kooperasyonu ve uyumu şarttır. Bu nedenle, tedaviye başlamadan önce, hastaya gerekli açıklamalar yapılarak ve emosyonel destek verilerek, hasta kooperasyonunun artırılması gerekmektedir. NIMV'da kullanılan maskeler, nazal, oro-nazal, tam yüz maskesi ve helmet maske olarak sınıflanabilir. Non invaziv mekanik ventilasyonun başarısında, maske kaçakları, ventilatör hasta uyumu ve hastanın işlemi tolere edebilmesi, belirleyici olduğundan maske seçimi çok önemlidir (Akdemir, 2013).

NIMV uygulaması ile iki saat içerisinde klinik düzeltme sağlanamazsa endotrakeal entübasyon geciktirilmeden uygulanmalıdır. NIMV, uygulanırken maske ilişkili olarak rahatsızlık hissi, yüzde bası yaraları (burun sırtında kızarıklık gibi), ülserasyon, anksiyete ve klostrofobi, hava akımı ve basınç ilişkili nazal- oral kuruluk veya konjesyon, göz iritasyonu, sinüs veya kulak ağrısı, hava kaçağı ve gastrik distansiyon gelişebilir (Öz ve Meyancı- Köksal, 2006; Ursavaş ve Özyardımcı, 2003; Utku, 2006; Akdemir, 2013).

NIMV uygulanacak hastaya açıklama yapılmalı, hastanın başı 45°'ye yükseltilmeli, uygun maske seçilmeli, hastanın konforu sağlanmalı, dispne düzeyi, yardımcı solunum kaslarını kullanma durumu gözlenmeli, kan gazı ve periferel oksijen saturasyonunun takibine dikkat edilmeli, hastanın ventilatörle uyumu takip edilmeli, maskeden kaçak olup olmadığına dikkat edilmeli, gastrik distansiyon

açısından izlenmeli, gözlerde kuruluk, yüzde çatlak, tahriş gibi durumlar varsa bakımı yapılmalı, hastada; solunum sayısının >25 olması, dispne de kötüleşme, yardımcı solunum kaslarını kullanımında artış gibi yorgunluk belirtileri gözleniyorsa yada hasta çıkarmak istiyorsa, nedenler not edilmeli ve hekime haber verilerek sonlandırılmalı, NIMV aralılarında hastaya, etkin öksürme ve ekspektorasyon için bol sıvı verilmeli, bronkodilatör tedavi düzenlenmeli, tapotman masajı uygulanmalı ve solunum egzersizleri yaptırılmalıdır (Utku, 2006; Terzi ve Kaya, 2011a; Uysal, 2012)

4.4.1.2.2. İnvaziv mekanik ventilasyon

İnvaziv mekanik ventilasyon (IMV), hastaya bir tüp aracılığı ile pozitif basınçlı ventilasyon uygulama işlemidir. Kendi solunumunu yapabileceği döneme kadar eksternal araçla hastanın akciğerlerindeki gaz değişimini sağlamaktır. Entübasyon, mekanik ventilatör ile hasta arasında güvenli bir yol sağlar, ölü boşuğu azaltır. Orotrakeal entübasyon, nazotrakeal entübasyon, trakeostomi sık uygulanan hava yolu açma teknikleri olmakla birlikte, en sık olarak kullanılan teknik, orotrakeal entübasyondur. IMV uygulanma nedenleri arasında; gaz değişiminde bozulma, dispne ve letarjinin düzeltilememesi, endotrakeal entubasyon ihtiyacının ortaya çıkması, hemodinamik stabilitenin bozulması, ciddi ventriküler aritmilerin ortaya çıkması, konforsuzluk nedeniyle NIMV maskesini tolere edememesi, maskenin yüze tam oturmaması ve hastanın kendi isteği sayılabilir. IMV’da amaç; akut solunum yetmezliğini düzeltmek, hipoksemiye düzeltmek, atelektaziye düzeltmek ya da önlemek, solunum kaslarının güçsüzlüğünü düzeltmek, sedasyon ve/veya kas gevşemesine izin vermek, sistemik veya miyokard oksijen tüketimini azaltmak, intrakraniyal basıncı azaltmaktır (Akdemir, 2013; Öz ve Meyancı – Köksal, 2006).

Mekanik ventilasyon uygulaması, kalbe venöz dönüşü azaltarak kardiyak debinin azalmasına neden olur. Bu da doku perfüzyonunun bozulmasına neden olur ve basınç yaralarının oluşumu için risk oluşturur. Yapay solunum desteği alan hastalarda hemşirelik bakımında ilk amaç, hastanın oksijenasyon durumu, hava yolunun nemlendirilmesi ve komplikasyon belirtilerinin sürekli izlemidir. Vücut ısısı, arteriyel kan basıncı, kalp atım hızı takip edilir, endotrakeal tüp ya da trakeostomi kanülünün yeri, cuff basıncı, uygulama tarihi, ventilatör bağlantıları, ventilatör alarmları, limitlerinin uygunluğu, ventilatör üzerindeki göstergeler ve hastanın bu parametrelere uyumu, mekanik ventilasyonun olumsuz etkileri (kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, renal, nörolojik, psikolojik, enfeksiyon), ventilatöre bağlı hastanın yeterli oksijenasyon düzeyini gösteren SpO₂ (periferel oksijen saturasyonu) SaO₂ (arteriyel oksijen saturasyonu), miks venöz oksijen saturasyonu, EtCO₂ (end tidal karbondioksit düzeyi), ventilatör modu, solunum sayısı, inspire edilen havanın O₂ yoğunluğu izlenir (Öz ve Meyancı-Köksal, 2006; Akdemir, 2013; Özveren, 2010). IMV'da fizyolojik bakım aşağıda belirtilmiştir.

4.4.1.2.3. Endotrakeal Tüp Bakımı

Oral yoldan entübasyon uygulanan hastalarda dudak hizasında erkekte 36-42 Fr numaralı entübasyon tüpünün 22-23 cm, kadında ise 32-42 Fr numaralı entübasyon tüpünün 20 – 21 cm işaretinin görülmesi, tüpün ucunun trakea sağ ve sol ana bronş ayrımı üzerinde olduğunun göstergesidir. Nazal entübasyonda ise uzaklık 28 – 30 cm kadardır. Entübasyon tüpünün trakeadaki yerleşimi, bu uzaklıklar dikkate alınarak kontrol edildikten sonra balon şişirilmelidir. Balonun yetersiz hacimde şişirilmesinin, ventilasyon ve oksijenasyonda sorunlara yol açabileceği, aşırı

şişirilmesi de trakea mukozasında bası yaparak iskemi, nekroz ve kıkırdak hasarına neden olabileceği unutulmamalıdır (Özveren, 2010).

4.4.1.2.4. Ağız bakımı

Mekanik ventilatöre bağlı bireylerde ağız mukoza sağlığının bozulma riski çok yüksektir. Çünkü bu hastalarda endotrakeal tüp nedeniyle ağzın sürekli olarak açık kalması, tedavi için kullanılan ilaçlar, ağız yoluyla sıvı ve besin alınmaması, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler, ağız ve çevresindeki doku bütünlüğünün bozulmasına ve periodontal hastalıklar, ağız kokusu, ağız kuruluğu, dudak çatlakları, stomatitis gibi çeşitli ağız sorunlarının gelişmesine yol açmaktadır. Ayrıca bu hastalarda endotrakeal tüp nedeniyle, solunum yollarına bakterilerin girişi kolaylaşmakta, öksürme refleksinin ve mukosiliar aktivitenin bozulması sekresyon artışına neden olmaktadır. Bu durumda ise sayıları artan gram (-) bakteriler ağız florasında değişikliklere ve dişlerde plak oluşumuna neden olmaktadır. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız florasındaki değişiklik ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP) gelişme riskini de artırmaktadır (Özveren, 2010).

MV'e bağlı hastalarda oral hijyenin sürdürülmesi, ısırılardan ve flasterden kaynaklanan basınç ve travmayı, cilt-mukoza bütünlüğünde bozulmayı önleme, hastanın rahatını sağlama hemşirelik bakımının önemli noktalarıdır. Oral olarak entübe edilen hastalarda; tüpü sabitleyen flaster çıkarılmalı ve tüp ağzının her iki tarafında hareket ettirilmeli, tüpün bulunduğu nokta kaydedilerek tekrar flasterle sabitleştirilmeli, bu sırada ağız hareket ettirilmemeli, tüp tutucular kullanılıyorsa bağların altına masaj yapılmalıdır. Ağız membranında değişme riski olan entübe bireylerde, ağız bakımı 2-4 saatte bir serum fizyolojik solüsyonu ile yapılmalıdır, Bu

sırada ağız boşluğunun tamamının (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve içi, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlenmeli ve ağız bakımının tütün pozisyonunun değişme olasılığını en aza indirmek üzere iki kişi ile yapılmalıdır (Akdemir, 2013).

4.4.1.2.5. Göz bakımı

MV desteği alan yoğun bakım hastalarında göz enfeksiyonları, ülserasyonlar, ventilatör gözü olarak da bilinen konjunktival kemosis (ödem) gibi çeşitli sorunlar 48 saat ile bir hafta içerisinde ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlar ventilatör desteğinde aralıklı pozitif basınçlı ventilasyonda (IPPV), 5 cmH₂O'dan fazla pozitif basınç (PEEP) kullanımına, endotrakeal tüplerin güvenlik bantlarının sıkı bağlanmasının neden olduğu intraokular ve intratorasik basınç artışına, vücut sıvılarının birikmesine ve venöz dönüşün baskılanmasına, kötü göz hijyen tekniğine, kontamine göz bakım materyallerinin kullanımına ve solunum yollarında patojen mikroorganizmaların varlığına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. YBÜ'nde ventilatöre bağlı hastaların göz bakımında, her vardiyada ve gereksinime göre; göz kapaklarının açık olup olmadığı, spontan göz hareketlerinin olup olmadığı, hastanın sedasyonu ve göz kapama refleksinin etkilenme düzeyi izlenmelidir. Spontan göz açması varsa göz bakımı- yüz bakımının bir parçası olarak iç kontüsten dışa doğru her iki göze ayrı ayrı ve tek kompresle silinerek çapaklar temizlenmelidir. Gerekli durumlarda göz hekiminin önerisine göre serum fizyolojik ile göz lavajı yapılmalıdır. Göz kuruluşunu önlemek üzere; polietilen nemlendirici film örtüler, metilsellüloz damlalar ve metilsellüloz pomatlar, parafin gazlar, hipromeloz damlalar, yağlayıcı profilaktik antibiyotikler kullanılmalıdır. Göz kapaklarının kapanmasını sağlamak amacıyla; yapışkan bantlar, gaz pedleri, parafin gaz pedler, göz koruyucuları, polialicrilamid jel kullanılmalıdır (Can, 1998; Uysal, 2012; Terzi ve Kaya, 2011a).

4.4.1.2.6. Endotrakeal Aspirasyon

Mekanik ventilasyon gerektiren hastalarda, hava yolu açıklığının sürdürülmesi, bu amaçla endotrakeal aspirasyonun uygulanması, aspirasyon yoluyla oral ve nazal sekresyonların çıkarılması önemli bir hemşirelik uygulamasıdır. Aspirasyon, orofarengeal, nazofarengeal, orotrakeal/nazotrakeal ve hava yolu aspirasyonu olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir. Oskültasyonda sekresyon birikimi şüphesi, ETT (endotrakeal tüpte tıkanma) riski, ETT’de görülen ya da duyulan bir sekresyon varlığı, hastayı supine pozisyondan prone pozisyona çevirmeden önce, ekstübe edilmeden önce ve gün boyu gerektiği durumlarda hasta aspire edilmelidir. Aspirasyon öncesi eller yıkanmalı, eldiven giyilmelidir. Sekresyon sıçrama olasılığında; gömlek, bone, maske ve gözlük kullanılmalıdır. Aspirasyon öncesi alarmlar kapatılmalıdır, Katater yavaşça itilmeli bu sırada aspirasyon uygulanmamalıdır. Aspirasyon işlemi 10-15 saniyeyi geçmemelidir. İki aspirasyon arası hasta 20-30 sn dinlendirilmelidir. Katater aspirasyon işlemi bittikten sonra atılmalı, eldiven çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır. Aspirasyon ağırlı bir işlemdir. Bu nedenle sadece gerekli durumlarda aspirasyon yapılmalıdır. Aspirasyon işlemi öncesinde, hastaya bilgi verilmesi, hasta uyumunu kolaylaştırabilmekte ve aspirasyonun uygun şekilde yapılmasını sağlayabilmektedir (Can, 1998; Akdemir, 2013).

4.4.1.2.7. Pozisyon Değişimi

Yoğun bakım şartlarında izlemi yapılan hastaların büyük çoğunluğunu; stabil olmayan hemodinami ya da travmatik durum nedeni ile hareketi sağlanamayan, yatağa uzun ya da kısa dönem bağımlı kalan hastalar oluşturmaktadır. Yoğun

bakımlarda yatağa bağımlı kalma, tüm vücut sistemlerini olumsuz etkileyen, tıbbi ya da travmatik hastaların tümünde en sık karşılaşılan bir sorundur. Yatakta sırtüstü düz pozisyonda bırakılan hastalarda; pulmoner komplikasyonlar (atelektazi, pnömoni ve aspirasyon) kardiyak performans değişimleri, basınç yaraları, kas ve kemik atrofileri, sıklıkla görülürken; daha az sıklıkta tombo embolik komplikasyonlar, anemi, ve hormonal değişimler gelişmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin hastalara “pozisyon vermesi” temel rol ve sorumlulukları arasındadır. Pozisyon, hasta bakım sürecinde yer alan standart bir hemşirelik girişimidir. Yoğun bakım hemşireleri hastalarına pozisyonu, dokulara giden oksijen miktarını artırmak, optimal solunumsal ve hemodinamik fonksiyonları sağlamak ve sürdürmek, işlemler öncesinde, sırasında ve sonrasında olumlu kardiyovasküler değişiklikleri elde etmek, rahatı ve konforu sağlamak, hareketsizliğin yol açabileceği atelektaziye bağlı enfeksiyon gelişimini önlemek amacıyla vermektedirler (Akdemir, 2013).

4.4.1.3. Mesane Kateterizasyonu

İdrar miktarının takibi veya idrar retansiyonu mesane kateterizasyonunun en sık endikasyonudur. YBÜ’de izlenen hastalarda, septik sok nedeni ile böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. Yoğun sıvı tedavisi yapılıyor olması yada altta yatan çeşitli hastalıkların bulunması nedeniyle, hastaların idrar miktarının takibinin yapılması gerekebilmektedir. Çeşitli nedenlerle hastaneye kabul edilen hastaların, yaklaşık %10-25’ine idrar sondası takılmaktadır. Başlıca kateter takma nedenleri ise; cerrahi işlemler, idrar retansiyonu, inkontinans ve idrar miktarını ölçmek şeklinde sıralanmaktadır. Mesane kateterizasyonu yapılan hastanın izleminde, hemşire hastanın çıkardığı idrar miktarını izlemeli, idrarı renk ve hematüri açısından gözlemelidir. Hastanın idrar sondasına bağlı, ağrısı olup olmadığını sorgulamalı ve

uygun perine hijyenini sağlamalıdır. İdrar sondası nedeni ile hastaların, normal boşaltım alışkanlıkları değişmekte ve hastalar, bağımlı hale gelebilmektedir. Hastalara idrar sondasının takılış amacı açıklanmalı ve gereklilik ortadan kalktığı zaman idrar sondası çıkarılmalıdır (Yüceer ve Demir, 2009; Akdemir, 2013).

4.4.1.4. Beslenme

Yoğun bakım ünitelerinde, tedavi gören hastaların hemen hemen hepsinde görülen ortak özellik, homeostazlarının bir şekilde bozulmuş olmasıdır. Yoğun bakım hastasının tedavisinde, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve var olan beslenme yetersizliğinin ve beslenme yetersizliğine neden olacak metabolik stres gibi faktörlerin saptanması önemli yer tutar. Kritik hastalarda, önceden var olan veya yatış süresince gelişen malnütrisyon, immün sistemin baskılanmasına, inflamatuvar cevabın artmasına, organ fonksiyonlarının bozulmasına, yara iyileşmesinde gecikme ve fonksiyonel iyileşme süresinin uzamasına ya da klinik sonucun kötüleşmesine neden olabilmektedir. Malnütrisyonun, belirti ve bulguları çok çeşitli olabilmektedir. En yaygın görülen bulgu, kilo kaybıdır. Beden kitlesi ve cilt kalınlığı azalmıştır. Protein kalori malnütrisyonunda, subkutanöz yağ ve kas proteinleri yıkılır ve bunun sonucu olarak, bası ülserleri gelişebilir. Serum albümin düzeyinin azalmasına bağlı olarak, hastada periferik ve abdominal ödem görülebilir. Kuru, kırılmış ve rengi değişmiş saçlar, solgun muköz membran hastada kötü bir görünüme neden olur.

Yoğun bakım hastasında beslenme iki yöntem ile sağlanabilir; Enteral Beslenme ya da Total Parantral Beslenme (TPN) desteğine başlarken, ilk değerlendirilmesi gereken parametre, gastrointestinal sistem (GIS) fonksiyonunun yeterli olup olmadığıdır. Eğer GIS fonksiyonları yeterli ise enteral yoldan besleme her zaman ilk seçenektir. GIS fonksiyonları sınırlı ve ya enteral beslenmeye bir engel

var ise parenteral besleme seçilmelidir (Topeli-İskit, 2001; Akdemir, 2013; Koçaşlı, 2013).

4.4.1.4.1. Enteral Beslenme

Besinlerin oral yol ya da gastrik tüplerle verilmesidir. Mekanik ventilasyon gerektiren durumlar, nörolojik hastalıklar (Myastenia Gravis, Gullaen Barriae, kafa yaralanmaları), multiple travma, yanık, sepsis, büyük ameliyatlar, GIS hastalıkları (fistüller, kronik pankreatit), kanserler, organ yetmezlikleri (karaciğer, böbrek, kalp), özofagus hastalıkları (obstrüksiyon, striktür, yaralanma), anoreksiya nevroza, vücut ağırlığının %10'unundan fazlasını kaybeden hastalarda tercih edilen bir yöntemdir. Enteral beslenme yolları arasında, oral ve gastrik yol kullanılabilir. Ağız yoluyla enteral beslenmede hastaya; zenginleştirilmiş normal gıda, sıvılaştırılmış normal gıda lezzetlendirilmiş elementler verilebilir. Gastrik yol ise üç şekilde kullanılabilir. Bunlardan ilki nazogastrik tüp ile beslenmedir. İkinci yol; nazogastrik beslenme tüpü klinik uygulamada sıklıkla kullanılan yoldur, nazoduodenal ya da nazojejunal yol ile yapılabilir. Hastalarda gastroparezi, gastrik atoni, pankreatit gibi etkenler, artmış aspirasyon pnömonisi riski varsa duodenal yoldan besleme yapılmalıdır fakat postpilorik beslemede de aspirasyon riski mevcuttur. Üçüncü yol ise endoskopik ya da cerrahi yolla takılan gastrostomi/jejunostomi yöntemidir. Bu yöntem; uzun süreli beslenmelerde (6-12 hafta ya da daha fazla süreli) ve tıkanıklıklardan dolayı nazal entübasyonun yapılamadığı durumlarda, komadaki hastalarda ve bazı abdominal cerrahilerde tercih endikedir. Genel anestezi gerektirmeden takılabildiği için son yıllarda yaygın olarak Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tercih edilmektedir. PEG, üst gastrointestinal sistem endoskopisi eşliğinde midenin yerinin ışıkla ilümine edilmesi ve perkütan olarak özel kateterin

yerleştirilmesi ile gastrostominin midedeki yeri görüntülenerek yerleştirilmesi işlemidir.

Enteral Beslenme ile ilgili komplikasyonlar; mide içeriğinin aspirasyonu, nazokomiyal pnömoni, bulantı-kusma, abdominal distasyon, diyare, konstipasyon, dehidratasyon, sıvı yüklenmesi, hiperglisemi, tüpün tıkanması, tüpün yerinden çıkması, tüpü yanlış yere gönderme, nazal irritasyon ve tüp tespitine bağlı bası yaraları, enfeksiyondur. Bu sorunları önleyebilmek için yoğun bakım hemşiresi; beslenme tüplerinin yerleştirilmesi sırasında yerinde olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bunun için tüpe 40-60 ml hava verilerek sol üst kadranda stetoskop ile değerlendirilmelidir. Gastrik rezüdiel volüm aralıklı beslemede her beslenme öncesinde, devamlı beslemede ise başlangıçta 2 saatte bir, ardından 4-8 saatte bir izlenmelidir. Aspire edilen gastrik içeriğin; intestinal tüplerde volüm >200ml gastrostomilerde volüm >150 ml üzerinde olması durumunda hekime bildirilmelidir. İntestinal tüplerin tespiti yapılırken cildi tahriş etmemesine, bası yaraları oluşturmamasına dikkat edilmeli, mümkünse burundan uzak bir yere tespit edilmelidir. Cildin durumu günde en az iki defa kontrol edilmelidir. Gastrostomili hastalarda gastrostomi giriş yeri kızarıklık, akıntı gibi infeksiyon belirtileri yönünden takip edilmeli; bölgenin pansumanı günde en az bir kez açılarak aseptik tekniğe uygun olarak yapılmalıdır. Gastrik içeriğin aspirasyonunu engellemek için hastanın başı 30-45 derece yukarıya kaldırılmalıdır. Postüral drenaj, trakeostomi açılması ya da prone pozisyon verileceği durumlarda beslenme kapatılmalı, tüp aspire edilerek drenaja alınmalıdır. Gastrostomi açılması planlanan hastalarda en az 8 saat öncesinden gastrik içeriğin boşalması sağlanmalıdır. Gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra önce su ile beslenmeye başlayıp yavaş yavaş enteral ürünlere geçilmelidir. Nazokomiyal pnömoniyi engellemek için ağız bakımına özen gösterilmelidir.

Beslenme torbalarının ağızı kapalı tutulmalıdır. Beslenme ürünleri açıldıktan sonra 6-8 saat içinde tüketilmelidir. Beslenme torbaları ağıza kadar doldurulmamalıdır. Açılan ürünler oda ısısında 4 saat, buzdolabında ise 24 saat bekletilebilir. Tablet ilaçlar iyice ezilerek sulandırıldıktan sonra verilmelidir. Tüp her ilaç öncesi ve sonrası 25-50 ml su ile yıkanmalıdır. Sürekli beslenmede her 4-8 saatte bir, aralıklı beslenmede ise her beslenme sonrasında 25-50 ml su ile yıkanmalıdır. Bolus beslenmede beslenme enjektörüne çekilen ürünün yer çekimi akışına bırakılarak boşalması sağlanmalı, ürün eklenecekse enjektör tamamen boşalmadan hava gitmesi önlenerek ürün eklenmelidir. Beslenme torbaları ve setleri 24 saatte bir değiştirilmelidir. Her 6 saatte bir kan şekeri kontrolü yapılmalı, hiperglisemi durumunda hekime bildirilmelidir. Beslenme ürünleri seçilirken hastanın yaşı, hastalık durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya yapılan tüm girişimler öncesi ve sonrasında eller aseptik tekniğe uygun olarak yıkanmalıdır (Moral ve Uyar, 2006; Yüceer ve Demir, 2009; Akdemir, 2013; Koçaşlı, 2013; Besler ve İnanç, 2014).

4.4.1.4.2. Total Parenteral Beslenme

TPN, enteral yoldan beslenemeyen hastaların genellikle santral venöz yoldan nadiren periferik damar yolundan beslenmesidir. Kısa barsak sendromu (intestinal rezeksiyon sonrası), radyasyon enteriti, akut pankreatit, uzun süreli ileus, intestinal yetmezliği olan her hasta ve enteral beslenmeyi tolere edemeyen hastalarda endikedir. TPN uygulanan hastalarda; dehidratasyon, sıvı yüklenmesi, alkaloz, asidoz, hipokalsemi, hiperkalsemi, hiperglisemi, hipoglisemi, aseptik tekniğe uyulmaması nedeniyle enfeksiyon, kateterin yerinden çıkması tıkanması, kıvrılması gibi mekanik sorunlar gelişebilir. TPN uygularken; parenteral beslenme solüsyonu

kesinlikle diğer sıvılarla karıştırılmamalı, ayrı bir yoldan verilmelidir. Kateter giriş yeri kızarıklık, ödem, akıntı gibi infeksiyon belirtileri yönünden çok iyi gözlenmeli, değişiklik olduğunda hekime bildirilmelidir. Kateter pansumanı cerrahi aseptik tekniğe uygun olarak yapılmalıdır. Parenteral beslenme solüsyonları 24 saatte bitecek şekilde hazırlanmalı; setler 24 saatte bir değiştirilmelidir. Parenteral beslenme önce düşük dozdan başlayıp 6 saatte bir göreceli olarak arttırılmalıdır. Parenteral beslenme solüsyonları mutlaka infüzyon pompaları ile gönderilmelidir. Parenteral beslenme birden kesilmemeli, doz yavaş yavaş azaltılarak sonlandırılmalıdır. Hastanın düzenli olarak 4 saatte bir kan şekeri takibi yapılmalıdır. Parenteral solüsyon giden yoldan hiçbir ilaç verilmemelidir. Solüsyon için kullanılan kateterden kan alınmamalıdır. Hastaya yapılan tüm girişim öncesi ve sonrasında eller aseptik tekniğe uygun olarak yıkanmalıdır (Moral ve Uyar, 2006; Yüceer ve Demir, 2009; Akdemir, 2013; Koçşalı, 2013; Besler ve İnanç, 2014).

4.4.1.5. Analjezi ve Sedasyon

Yoğun bakımda hastalara, cerrahi insizyonlar, yerleştirilen kateterler, endotrakeal aspirasyon, mekanik ventilasyon, endojen katekolamin aktivasyonu, miyokardiyal iskemi, hipermetabolik durum, anksiyete ve ajitasyon gibi nedenlerden dolayı analjezi uygulanmaktadır. Analjezi; kırıkların sabitlenmesi ve stabilize edilmesi, fiziksel uyarıların azaltılması, bası alanlarının bakımı, temiz, düzenli yatak örtüleri kullanılarak nonfarmakolojik olarak ya da opioidler, lokal anestetik analjezi ve ilave ilaçlar ile farmakolojik olarak hastalara uygulanmaktadır.

Ağrının çok boyutlu doğası ve subjektifliği nedeniyle objektif olarak değerlendirilmesi oldukça güçtür. Hastanın konforunu değerlendiren en iyi yöntem sormaktır. Ancak uyanık hasta gerektirmektedir. Yoğun bakımda, hastalar ile

iletişimin sınırlı olması, hastaların hızla değişen hemodinamik durumları, bilgi eksikliği, yoğun bakım hastaları için standart ağrı değerlendirme aracının kullanılmaması, entübasyon, sedasyon, bilinç kaybı ve yorgunluk hastaların sözel olarak ağrı ifadesini engellemektedir. Ağrının değerlendirilmesi ve tedaviye yanıtı, uygun ağrı derecesi ve analjeziğe cevabının değerlendirilmesinde hastaların bildirimleri esas alınmalıdır. Koopere olunamayan hastalar ağrı ile ilişkili davranışlarını subjektif gözlemleri (hareket, yüz ifadesi ve duruşu) fizyolojik göstergeleri (kalp tepe atımı, solunum sayısı, kan basıncı) değerlendirilmelidir. Uygulanan tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile en fazla birlikte olan ekip üyesi olmaları ve onları yakından izlemeleri nedeniyle ağrının değerlendirilmesi ve giderilmesinde büyük sorumlulukları vardır.

Sedasyon, çevre ile ilginin kopması ve dış uyarılara yanıtın azalmasıdır. Sedasyon, ansiyete ve korku varlığı, uyku temini, mekanik ventilasyonun kolaylaştırılması, hücre metabolizmasını azaltmak, miyokard enfarktüsünden korunma, ajitasyon kontrolü, intrakraniyal basınç artışı, paralizisi sırasında amnezi sağlamak, tetanoz, status epileptikus durumlarında endike olmaktadır. İletişim yetersizliği, gürültü, alarmlar, personel, tıbbi cihazlar, sürekli ışık, aşırı uyarı, yetersiz analjezi, sık vital bulgu takibi, pozisyon değiştirme, hareketsizlik, oda ısısı, uyku siklusunun bozulması hastada anksiyete ve ajitasyona neden olmaktadır. Bu da hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Sedasyon düşünülmeden önce; gürültünün kontrolü (kulak tıkaçları) sağlanmalıdır. Geceleri gürültü minimuma indirilmeli, ışıklar söndürülmeli veya azaltılmalıdır. Güneş ışığının içeri girmesine izin verilmelidir. Doğru pozisyonu vermek, insancıl yaklaşım, iyi iletişim, dokunma, esnek ziyaret politikası, bireysel haklara ve gizliliğe özen, hastaya kontrol olasılığı

verme, gevşeme teknikleri, müzik, masaj, stabil oda ısı, bası alanlarının bakımı, temiz, düzenli yatak örtüleri, kırıkların stabilize edilmesi gibi nonfarmakolojik yöntemler denenmelidir. Ancak hipoksi, hiperkarbi, hipoglisemi, serebral olaylar, sepsis, entoksikasyon gibi durumlar nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını engellemektedir.

Sedasyona ağrı mücadelesi tamamlandıktan sonra başlanmalıdır. Analjezi, sedasyon ve deliryumun derecesi ve tedavi amacı en az 8 saatte bir değerlendirilmelidir. İstenilen sedasyon derecesi sedasyon geçerli ve güvenilir ölçeklerden biri ile belirlenmeli ve ağır sedasyondan kaçınılmalıdır. Sedasyonun sistematik olarak azaltılması veya her gün kesilip yeniden titre edilerek uzamış sedatif etki yan etkisi azaltılmalıdır Opiyat, benzodiazepin ve propofolun yüksek doz ve 7 günü aşan tedavilerinde yoksunluk sendromunu önlemek için doz sistematik olarak azaltılmalıdır. Monitorizasyon yapılmalı, düzenli olarak tekrar değerlendirilmelidir. Hastanın rahatsızlık hissinin derecesi sadece YBÜ ve hastanın o anki disfonksiyonel durumu ile ilişkili olmayabileceği; hipoksemi, hipotansiyon, kalp yetmezliği, aşırı dozda ilaç; ilaç çekilmesi, rahatsız vücut pozisyonu gibi altta yatan başka nedenlerin eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak yoğun bakım hastalarında sedasyon ve analjezi hastanın sadece konforunu sağlamak için değil tedavinin bir parçası olarak ele alınmalıdır. İlaç dozunun ve şeklinin her hastaya göre değişebileceği unutulmamalı ve günlük kesilmelerle doz titre edilerek hasta için yeterli doz bulunmalıdır. Sedasyon ve analjezi için protokoller kullanılmalıdır (Sarıcaoğlu ve ark, 2005; Akdemir, 2013).

4.4.1.6. Enfeksiyonun Önlenmesi

Hastane enfeksiyonları en sık görülen komplikasyonlardandır. YBÜ'nin %5-10'unda görülmektedir. YB enfeksiyonları, hastane yataklarının %5-15'ini, harcamaların %10-25'ini, hastane enfeksiyonlarının %3'ünü oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen başlıca enfeksiyonlar; pnömoni; toplum kökenli, nazokomiyal, VIP, kan akımı enfeksiyonları, kateter ilişkili enfeksiyonlar, üniner sistem enfeksiyonları, kateter ilişkili üniner sistem enfeksiyonlarıdır. Ayrıca; yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastalarda, çoklu antibiyotik tedavisi nedeni ile çeşitli dirençli mikroorganizmalar üreyebilmektedir. Enfeksiyon kontrolünde, izolasyon en önemli konulardan birisidir. YBÜ'nde İzolasyon Yöntemleri; evrensel önlemler, standart izolasyon yöntemleri, genişletilmiş önlemler (solunum izolasyonu, damlacık izolasyonu, temas izolasyonu, sıkı temas izolasyonu) ve standart izolasyon yöntemleri (el yıkama, eldiven kullanımı, maske ve önlük kullanımı, yatak çarşafı, personel sağlığı) neden olmaktadır.

Hava yolu önlemleri; havada asılı mikroorganizmaların aynı odadaki yada uzak mesafedeki hastayı enfekte edebileceği durumlarda alınmalıdır. Damlacık önlemleri; hasta ya da taşıyıcılardan duyarlı konağa öksürme, hapşırma ya da konuşma esnasında bulaşın olabileceği durumlarda alınmalıdır. Temas önlemleri; direk ya da indirek temasla bulaşan etkenlere karşı alınması gereken önlemlerdir. İzolasyon önlemleri esnasında hasta ile temas öncesi ve sonrasında el hijyeni uygulanması, hasta ile temas esnasında eldiven, önlük, maske, bone kullanımı, hastanın özel odaya alınması ve odanın kapısının kapalı tutulması veya diğer hastalardan ayrılması, ziyaretçilerinin kısıtlanması, hastaya kullanılan malzemelerin ayrılması gibi uygulamaların yapılması gerekebilmektedir.

Yoğun bakım hemşiresi, hasta ve yakınlarına uygulanan izolasyonu, izolasyon uygulanmasının nedenini, dikkat edilmesi gereken kuralları açıklamalıdır. Yoğun bakım hemşiresi, hastalarda, izolasyon nedeni ile gelişebilecek psikososyal sorunları bilmeli ve bu sorunların gelişimini önlemeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Yüceer ve Demir, 2009; Akbayrak ve Bağcıvan, 2010; Özdemir- Kumbasar, 2012; Akdemir, 2013) .

4.4.1.7. Bası yarasının önlenmesi

Bası yaraları hastalık ve ölüm riskini artıran, hastanede yatış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur. Yoğun bakımlarda hareket etme düzeyinin düşük olması nedeniyle bası yarası gelişimi çok sık görülmektedir. Hareket etme düzeyi düşük olan hastalar vücut pozisyonlarını kendi başlarına düzenli aralıklarla değiştiremez ve basıya maruz kalan bölgelerde doku perfüzyonu bozularak yara oluşumu kolaylaşır. Yoğun bakım hastalarında bası yarasına en etkin yaklaşım, risk altındaki hastaların belirlenmesi ve bası yarasının açılmasının önlenmesidir. Hastada risk değerlendirmesi, ilk olarak yoğun bakıma yatışında yapılmalı; daha sonra genel durumuna göre düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Ayrıca, hastaya riskli bir uygulama yapılırsa, ardından mutlaka risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesi için bazı skalalar mevcuttur. İlk kez 1962 yılında, İngiltere’de, Norton tarafından geliştirilen Norton skalası kullanılmıştır. Günümüzde bası yarası risk değerlendirmesi için, Norton skalasının yanı sıra Braden, Gosnell ve Waterlow gibi farklı skalalar bulunmaktadır. Waterlow ölçeği, İngiltere ve İrlanda’da en çok kullanılan bası yarası risk değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde Norton ve Braden ölçeklerinin geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bası yarası önleme girişimleri arasında riskli hasta grubunun belirlenmesinden sonra pozisyon

değişimi, destekleyici araçlar kullanılması, cildin değerlendirilerek hijyen ve bakımının sağlanması ve beslenmenin yeterli düzeyde sürdürülmesi önerilmektedir (Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

4.4.2. Yoğun Bakım Hastalarında Gelişebilecek Psikososyal Sorunlar

Hastalar yoğun bakımda kaldıkları süre içerisinde özellikle bu sürenin günden güne arttığı olgularda, fazla miktarda çevresel, fiziksel ve psikolojik stresörle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu stresörlere hastaların yanıtı; tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklara göre değişmektedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Akdemir, 2013).

4.4.2.1. Duyusal Değişiklikler

Duyusal değişiklik, duyusal algılamada bozulma olarak ifade edilmekte ve gelen uyarıların miktarında, şeklinde ya da yorumlanmasında bir değişim olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ortamında aşırı gürültü, ışık, aşırı hareketlilik gibi çok sayıda uyaran olduğu gibi bazı tıbbi gereçlerden çıkan monoton sesler, hareketsizlik, sessizlik gibi duyusal girdilerin az olduğu durumlarda olabilmektedir. Hastalarda duyusal değişiklikler, duyusal yoksunluk, duyusal yüklenme ve algısal yoksunluk olarak ortaya çıkmaktadır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014).

4.4.2.1.1. Duyusal Yoksunluk

Duyu, insanların çevresi hakkında bilgi sahibi olma yolu ya da aracıdır. Duyusal yoksunluk, işitme, dokunma, görme vb. duyusal girdilerin az olması

durumda gelişir. Duyusal yoksunluk yalnız başına kalma, duyusal kısıtlılık, izolasyon, duyusal girdinin nitelik ve niceliğinde mutlak bir azalma durumudur (Tunçay ve Uçar, 2010; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014). Birçok YBÜ diğer bölümlerle ilişkiyi kolaylaştırmak için hastanenin merkezinde yer almaktadır. Bu ünitelerin çoğunun dışarıya açılan herhangi bir penceresi yoktur ve aydınlanma günün 24 saati yapay olarak sağlanmaktadır. Bu nedenle ünitelerde havanın karardığını ya da güneşin doğduğunu izlemek gibi doğal olan durumlar anlaşılamamaktadır ayrıca saat, takvim de yetersiz sayıda bulunmaktadır. Ortam özelliğinden dolayı hastalar zaman algısını yitirebilmektedir. Sürekli gürültü, ışık, hastaya tanıdık olan bütün kişilerin yokluğu, uyaran yoksunluğuna katkıda bulunmaktadır. Hastalar, aşına oldukları çevre, koku, tat ve seslerden, alışkın oldukları dokunmalardan yoksun kalmaktadırlar (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008). Duyusal girdilerin, nitelik ve niceliğinin azalması sonucu hastalarda şaşkınlık, kararsızlık, düşünce kopukluğu, uyku bozukluğu, kavrama bozukluğu, yanlış değerlendirme ve hafıza zayıflığı semptomlar ortaya çıkmaktadır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Tunçay ve Uçar, 2010; Akdemir, 2013; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014).

4.4.2.1.2. Duyusal Yüklenme

Duyusal yüklenme, duyusal girdilerin nitelik ve niceliğinin artması sonucunda ortaya çıkan semptomları tanımlar. Sürekli gürültü ve ışık, uyaran yoksunluğuna katkıda bulunmasına rağmen, uyaran fazlalığına da katkıda bulunur. Yalnızca anlamlı uyaran eksikliği değil, hasta için uyaran fazlalığı da vardır. Uyaran fazlalılığı, hastanın normalden daha yüksek düzeyde iki ya da daha fazla uyarı ile karşılaşmasıdır. Uyaran fazlalığı, bir zamanda hastanın birden çok karşılaştığı ve böylece konfüzyona neden olan uyarıları da içerir. Benzer olmayan devamlı konuşma

sesleri de bu konfüzyona eklenir. Uyarın fazlalığı duyuusal yüklenmeye neden olabilmektedir (Akıncı ve ark, 2007; Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

Yoğun bakım üniteleri, gerek sağlık ekibi üyelerinin gerekse hastaların duyuusal yüklenme yaşadıkları yerlerdir. YBÜ'nde hastalar, çok sayıda ve alışık olunmayan tıbbi araç-gereçler, sık tekrarlanan ağrılı girişimler ve uzun süre yüksek gürültüye maruz kalmaktan dolayı duyuusal yüklenme yaşamaktadırlar. Monitörler, infüzyon pompası, ventilatör ve aspiratör gibi cihazlar yoğun bakım ünitelerinin vazgeçilmez parçaları olup, hastaların yaşamlarının kurtarılması için gereklidir. Ancak bu aletlerin varlığı ve çıkardıkları sesler hastada endişe yaratabilmekte ve hasta, duyuusal yüklenme yaşayabilmektedir. Birey hastalandığında uyum gösterebileceği ses düzeyi, sağlıklı iken uyum gösterebileceğinden düşük olmasına karşın, YBÜ'ndeki ses düzeyinin çoğunlukla sağlıklı bireyler için belirlenen düzeyin üzerinde olması hastalarda stres oluşturmaktadır. Oluşan stres hastalarda sinirlilik, uykusuzluk ve baş ağrısına yol açabilmektedir (Tosun ve ark, 2009; Uyar ve Akın-Korhan, 2011; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014).

4.4.2.2. Algısal Yoksunluk

Duyu, insanların çevresi hakkında bilgi sahibi olma yolu ya da aracı olarak tanımlanmıştır. Algılama sadece duylara bağlı bir süreç olmayıp, sinir sistemi ve duyu organlarıyla alınan mesajların anlamlandırılma sürecidir. Algılama anında beyin, bireyin içinde bulunduğu durumdan beklentilerini, geçmiş yaşantılarını, diğer duyu organlarından gelen duyları, toplumsal ve kültürel etkenleri de dikkate alır. Gelen duyları seçme, bazılarını ihmal etme, bazılarını kuvvetlendirme, arada olan boşlukları doldurma ve beklentilerine göre anlam verme işlemleri yapılır. Örneğin; birey tonlar dizisini duyar ve bunları bir müzik olarak algılar. Algının en belirgin

özelliklerinden biri seçici oluşudur. Belirli bir anda, insan birçok duyuşal uyarana birden maruz kalabilir, ancak birey bunlardan birkaçını algılar, geride kalan uyarılar birey tarafından kısmen fark edilir ya da hiç fark edilmez. Birey yapacağı işe dikkatini vererek diğere uyarıları algılamaz. Algısal yoksunluk, çevredeki uyarıların sürekli olması durumunda gelişir. Birey tarafından hissedilen duyuşal uyarılar anlamsız ve belirsizdir. YBÜ'ndeki hasta, çevresinde oluşan her sesin anlamını bilmemektedir. Yabancı bir ortamda bulunan hasta, gelen duyuları önceki deneyimlerine ve beklentilerine göre anlamlandıramamakta bu nedenle algısal yoksunluk yaşayabilmektedir. Örneğın, yoğun bakım ünitesinde bulunan aletlerden (monitör, aspiratör, ventilatör, infüzyon pompaları vb.) ve çalışanlardan kaynaklanan sesler yatan hasta için bir anlam ifade etmeyebilir. Algısal yoksunluk fiziksel ortam özelliklerinin yanı sıra bireysel nedenlerden de kaynaklanabilir. Örneğın duyuşal organ/fonksiyon kaybı ya da azalması olan bireylerde algılamada bozukluk gelişebilir. Bu bireyler YBÜ'nin çevresinden gelen duyuları yanlış algılayabilirler (Akıncı ve ark, 2007; Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

Yoğın bakım hemşireleri hastaların duyuşal girdi sorunlarını göz ardı etmemelidir. Duyusal girdi sorunlarını kontrol altına almak için hemşireler; uyarının kaynağını, yerini, süresini, sıklığını, hastanın uyarıdan nasıl etkilendiğini, hastanın uyarı karşısında gösterdiği savunma tepkilerini, uyarının nitelik ve niceliğini değerlendirmeli ve bu doğrultuda olabildiğince hastaya tanıdık uyarılar vermeli ve uygun çevre oluşturmalı-tanıdık dünyası ile ilişkisi kesilmemeli, ailesi ve arkadaşlarının hastayı ziyaret etmeleri ve iletişim kurmaları desteklenmeli, hasta yakınları tepkisiz hastaya yaklaşım konusunda bilgilendirilmeli, hasta ile konuşma ve dokunmaları için cesaretlendirilmeli, bilinç düzeyi farklı olan her hasta grubuna,

yapılan işlemler hakkında bilgi verilmelidir (Akdemir, 2013; Uzelli ve Akın-Korhan, 2014).

4.4.2.3. Uykusuzluk

Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, fiziksel aktivitelerin en alt düzeyde ve uyarıların algı eşiğinin yüksek olduğu ve periyodik süreç gösteren bir dönemdir. Uyku, insan yaşamında önemli bir yer tutar. Hayatımızın yaklaşık üçte biri uykuda geçmektedir. Bireysel olarak değişiklik göstermekle birlikte erişkin bir insanın günlük uyku gereksinimi ortalama 7-8 saattir. Uyku ve dinlenme Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinin en tabanında yer alan fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Uyku dinlenmek için yapılabilecek aktivitelerden birisidir. Bu yüzden uykunun süresinin yanı sıra nitelik ve niceliği de çok önemlidir. Uykunun niteliği, uyku evrelerinin tam olarak yaşanması, niceliği ise toplam bireysel uyku zamanını etkileyen; yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevre, fiziksel faaliyetler, emosyonel durum, ilaçla, alkol ve uyarıcılar ve beslenme gibi etmenleri içermektedir. Uykunun zamanı ve derinliği yorgunluğa bir yanıt değildir. Uykunun zamanı ve derinliği birbirini etkileyerek belirleyen kompleks bir gruptur (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008) .

Beden ve zihin günün sonunda fiziksel, duygusal gerilimden uzaklaşarak yenilenme ve canlanma ihtiyacı hisseder. Eğer dinlenme meydana gelmezse bireyin fonksiyonlarında yavaşlama, bireyde yorgunluk, tedirginlik kontrol kaybı gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Uyku, dinlenmeyi sağlamanın yanı sıra, bireyin çeşitli durumlara verdiği tepkide de önemli rol oynar. Örneğin uykusuz kalan bir bireyin ağrı ve acıya duyarlılığı artar. Uyku, iyileşme sürecini hızlandırmak ve YBÜ psikozunu engellemek için gereklidir (Erol ve Enç, 2009).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların sıklıkla yakındıkları sorunların arasında uykusuzluk yer almaktadır. YBÜ’nde hastaların uyku süresi ve devamlılığı olumsuz etkilenmektedir. Uyku yoksunluğu çoğu hastada uzamış morbitide, daha güç rehabilitasyon ve konfüzyonun ana nedeni olan başlıca sorundur. YBÜ’nde hastalar özellikle, ortam gürültüsünün fazla olması, aydınlatmanın sürekli olması, uyku-uyanıklık siklusunu sağlayan aydınlık-karanlık siklusunun kaybolması, kendilerine ya da diğer hastalara sık aralıklarla tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin yapılması nedeniyle uykusuzluk yaşamaktadırlar. Ayrıca hastanın ağrısının bulunması da uyku bozukluğunun en yaygın nedenlerinden biridir. Bu durumda hastalarda apati, konfüzyon, deliryum vb. bilinç bozuklukları gözlenebilmektedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Erol ve Enç, 2009).

4.4.2.4. Öfke

Bireyin önceden geçirdiği yoğun bakım deneyimleri, uyku yoksunluğu, uyaran fazlalığı veya uyaran yoksunluğu, kontrol kaybı, güçsüzlük gibi pek çok durum hastalar ve aile bireylerinin öfke duyguları ve davranışlarının dışa vurulmasına katkıda bulunur. Öfke bireyin algıladığı potansiyel hasar ve tehdiye karşı emosyonel bir savunmadır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Akdemir, 2013). Yapılan çalışmalarda, yoğun bakım ünitelerinde hastaların yaşadığı iletişim sorununun öfkeye neden olduğu belirtilmektedir (Akdemir, 2013).

Yoğun bakımdaki hastalar anksiyete ve hüsrana öfke ile yanıt verirler. Öfke, gözlenebilen ve gözlenemeyen duygusal ve davranışsal yanıtlar olarak ortaya çıkabilir. İçselleşmiş öfke, kan basıncında artma, gastrik sekresyonlarda artma gibi fizyolojik sonuçlara katkıda bulunabilir. Hasta öfkesini dışa vuramıyorsa deprese olabilir. Hemşire, ilk olarak öfkenin kaynağını tanımlamada hastaya yardım etmeli,

hastanın öfkesine izin vermeli, öfkeyi açığa vurmak için uygun yollar tanımlamada hastaya yardım etmelidir. Hemşire, öfkenin normal bir yanıt olduğu ve sağlıklı bir bas etme ile kontrol edilebileceği konusunda hastayı ve aileyi bilgilendirmelidir (Akdemir, 2013).

4.4.2.5. Anksiyete

Anksiyete endişe, belirsizlik, huzursuzluk, üzüntü gibi birçok duygunun bir arada yaşandığı subjektif bir deneyimdir. Anksiyete insan varoluşunun temelinde vardır. Anksiyete kuramlarında; anksiyete “varoluşa karşı yok oluş gerçeğinin algılanması”, “bireyin yaşadığı iç çatışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan bir gerginlik durumu” olarak tanımlanmaktadır (Tel ve Tel, 2009).

Bir başka tanıma göre ise anksiyete, kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne spesifik veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olması sonucunda yaygın mutsuzluk, korkunun belirsizliği, sıklıkla baş ağrısı, terleme, palpasyon, göğüste sıkıntı, sıkışma ve midede rahatsızlık, yaşanan belirsiz bir huzursuzluk ve endişe gibi otonom sinir sistemi semptomlarının eşlik etmesi ile karakterizedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008; Uyar ve Akın-Korhan, 2011). Anksiyete, bütün mental hastalıklarda en belirgin durumdur. Anksiyete semptomları, tanımlanmış erken biyolojik stres yanıtlarına paraleldir. Anksiyetenin yüksek olması, bireyin algılamalarının yanında, sorun çözmeye baş etme becerilerini de kaybetmesine neden olabilir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

Sevdiklerinden ve aile çevresinden ayrı kalma, yabancı ve alışılmadık bir ortamda olma, hareket kısıtlılığı, sözlü iletişim kuramama, ağırlı işlemlerin sıklığı, ölüm korkusu, fiziksel hastalığın bir komponenti veya ilaçların yan etkileri gibi

psikişik ya da organik nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde, yatan hastalar sıklıkla anksiyete deneyimlemektedirler. Yapılan araştırmalar bilinçsiz hastayla kurulan iletişimin hastada anksiyeteyi azaltarak rahatlama ve gevşeme sağladığını belirtmişlerdir (Cook ve ark, 2001; Yava ve Koyuncu, 2006; Taşdemir ve Özşaker, 2007; ınar-Yücel, 2010).

Anksiyete, özellikle mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar başta olmak üzere yoğun bakım hastalarının %70 ile %80'inde ortaya çıkmaktadır. Bu bilgidan yola çıkararak hastaların yaygın olarak hangi stresörleri deneyimlediklerini araştırmak amacıyla yapılan tüm araştırma sonuçlarının incelendiği bir çalışmada; bu hastaların dispne, anksiyete, korku ve ağrı olmak üzere dört stresörü yaygın olarak deneyimledikleri saptanırken mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarla ilgili psikiyatrik konsültasyonların değerlendirilmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada da, hastaların %80'inde semptomatik depresyon, deliryum, anksiyete görüldüğü saptanmıştır (Uyar ve Akın-Korhan, 2011). Akut miyokard infaktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması için yapılan bir araştırmada ise hastaların %60'ında ciddi anksiyete ve depresyon belirlenmiştir (Durna ve ark, 1997).

Hastanın var olan düşünceleri ve hastanın anksiyete nedenlerini tanımlamada hemşire çok önemli bir rol üstlenir. Anksiyetenin yönetiminde, hastanın anksiyetesine biyokimyasal ya da genetik faktörlerin neden olup olmadığı, kriz veya acil bir durumda uygulanan tedavinin etkiliği, tedavi ve bakımı sekonder olarak etkileyebilen riskler gibi hastanın anksiyete düzeyini etkileyen bütün faktörler ele alınmalıdır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

4.4.2.6. Güçsüzlük

Güçsüzlük, yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısını etkileyen/değiştiren belirli durumlar ve olaylar üzerine kişisel kontrolünün olmadığını algılayan bir bireydeki durumdur. Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, sıklıkla güçsüzlük hissederler. Yoğun bakım ünitesindeki çevre, bu güçsüzlük hissine katkıda bulunur. Kritik hastalığı olan bir hasta, hastalık süreci üzerinde kontrol kaybı hissedebilir. Hastalığın neden olduğu, bireyin günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve çevresi üzerine kontrol kaybını, yoğun bakım ünitesine yatışı daha da arttırır. Hasta için, solunum fonksiyonu ventilatör, boşaltım fonksiyonu foley katater anlamına gelebilir. Banyo ve yemek yemek gibi temel aktiviteler hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin kontrolündedir. Hasta tedavinin yapılma zamanı ve aile ziyaretleri gibi diğer alanlarda da kontrol kaybı yaşamaktadır. Hastanın potansiyel prognozu hakkında bilgi eksikliği vardır. Hasta bilgi eksikliğinden dolayı öleceğini ya da takılan tedavi araçlarının vücudunda kalacağını düşünebilir. Hastalar güçsüzlük hissettiklerinde öfke, karar verme eksikliği, kadercilik, boyun eğme, geri çekilme apati gibi belirli davranışlar gösterebilirler (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

Yoğun bakım hemşireleri hastaların kaybettikleri bazı kontrolleri yeniden kazandırarak hastanın kontrol kaybını azaltmaya yardımcı olabilirler. Yoğun bakım hemşiresinin en önemli sorumluluklarından biri, prognoz, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sağlayarak hastanın karar vermeye katılımını teşvik etmektir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

4.4.2.7. Ümitsizlik

Ümitsizlik, sorunları çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin/ seçeneğin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireyde var olan subjektif emosyonel bir durumdur. Her kronik ve/veya terminal hastalık ümitsizliğe neden olabilir/ümidi etkileyebilir. Fizyolojik durumun giderek daha çok bozulması, yeni ve beklenmedik belirti ve bulguların ortaya çıkması, uzun süreli ağrı, fonksiyonel yeteneklerde bozulma, tedaviler, uzun süren ve olumlu sonuç vermeyen tedaviler, beden imgesini bozan durumlar, yaşam destek araçlarına uzun süre bağımlı kalma, aile bireylerinden ayrılma, uzun süren psikolojik ve fizyolojik streslere maruz kalma ümitsizliğe neden olan ilişkili faktörlerdir.

Hemşire, bireyin inanç destek sistemlerini (kişiler, dinsel aktivite, dua etme) değerlendirip tanımalı, ümitli anlardan ümitsiz yönleri ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağını öğretmeli, kişinin içsel kaynaklarını tanımlayıp harekete geçirerek, spiritüel ifadeyi teşvik eden bir ortam yaratmalıdır. Terapötik dokunmanın hastanın ümitsizliğini azaltma gibi bir etkisi de vardır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

4.4.2.8. Spiritüel Distres

Spiritüel distres, yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde rahatsızlık yaşayan bireydeki durumdur. Bir beden parçası ya da fonksiyonun kaybı, terminal hastalık, gittikçe kötüleşen, güçsüz bırakan hastalık, ağrı, travma, yaralanma, ilaç tedavileri, yoğun bakım kısıtlamaları, mahremiyetin/özel yaşamın olmamasına bağlı spiritüel distress gelişebilir. Birey yaşamın, ölümün, acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliğini

sorgular, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır. Tanrıya öfke duyar, yaşamak için bir nedeni olmadığını fark eder, manevi bir boşluk duygusu hisseder.

Hemşire, hastaya çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğini söylemeli, önyargısız bir tutumda olduğunu göstermeli, sağlığı için sakıncası olmayan spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendirmeli birey kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman hemşire, ulaşılabilir ve istekli olmalıdır (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

4.4.2.9. Yoğun Bakım Sendromu

Yoğun bakım sendromu (YBS) yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda meydana gelen ve entelektüel fonksiyonlarda bozulmayı içeren akut beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. YBS'ü, delirium, psikoz veya nevroz gibi farklı formlarda ortaya çıkan, yüksek stresli çevrelerde oluşan değişmiş bir duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. Başka kaynağa göre, YBS, oldukça stresli ortamlar olan YBÜ'nde yatan hastalarda, deliryum, konfüzyon, kabuslar ve gerçek olmayan deneyimlerle birlikte kendisini gösteren bir sendromdur. YBS'nun gelişiminde korku, anksiyete ve ağrının eşlik ettiği ciddi hastalık veya yaralanmayla meydana gelen psikolojik travmanın oldukça önemli olduğu belirtilmiştir. Hastaların YBÜ'nde yatışlarından itibaren 3-7 gün içerisinde gelişebilen bu durum literatürde YBS olarak adlandırılmaktadır. Bazı çalışmalara göre YBS 2-5 gün arasında ortaya çıkmakta ve YBÜ'nin fiziksel ortamı, YBS gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Dedeli ve Durmaz-Akyol 2008).

YBS'nun gelişiminde önemli olan üç faktör vardır. Bunlardan ilki ve en önemlisi metabolik bir defektin eşlik ettiği organik bir hasarın bulunmasıdır, ancak burada hastalığın gelişmesi ve süresi de önemlidir. İkincisi, hastaların kişilik yapısı,

yaşı ve hastalığın başlama zamanındaki emosyonel durumudur. Son olarak da, izolasyon, duygusuz bir çevre, aşırı emosyonel yük ve uyku sapsmaları gibi çevresel faktörler rol oynamaktadır. Yoğun bakım sendromunda hastalar bazen değişik vücut hisleri yaşabilmekte, vücutlarında ve elbiselerinde görünmeyen küçük böcekleri öldürme ve olmayan nesnelere kaldırma girişimleri gözlenebilmektedir. Yoğun bakım sendromu yaşayan hastalar iletişim kurmada zorlanabilmekte, entübasyon kanüllerini, kabloları vb. çekebilmektedirler. Hasta YBÜ'nden çıkarıldığında sendrom belirtilerinde gerileme görülmektedir. Ancak YBÜ sendromu vücudun iyileşmede kullanması gereken enerjiyi azaltmakta ve buna bağlı hastanın iyileşmesi gecikebilmektedir. Dolayısıyla YBS, hastanın YBÜ'nde kalış süresinin uzamasına neden olmakta ve hastane maliyetini artırmaktadır.

Kesin olarak bilinmemekle birlikte yoğun bakım sendrom sıklığı %7-72 arasında değiştiği bildirilmektedir. Yapılan birçok çalışmada, hastalar, yoğun bakım ünitesinde kalışları sırasında mental rahatsızlık deneyimleseler bile, yoğun bakım ünitesinde çalışanların bu durumu fark etmedikleri ya da ayırt edemedikleri saptanmıştır. Yoğun bakım sendromunun erken tanınması ve önlenmesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2008).

4.5. Yoğun Bakım Hemşiresi

Yoğun bakım hemşireliği, yüksek teknolojilerin kullanıldığı karmaşık ünitelerde, hastalar ve ailelerinin sağlık bakım gereksinimlerini karşılamaktan sorumlu özel bir hemşirelik dalıdır. Yoğun bakım organizasyonu ve sınıflandırılmasında en önemli personel grubu yoğun bakım hemşireleridir. Yoğun bakım hizmetinde ortalama her 1-2 hasta için bir hemşirenin bakım vermesi

önerilmektedir. Ülkemizde, Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi, temel hemşirelik eğitimi üzerine sertifika programıyla verilmektedir. Bu eğitim, ilk kez 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış ve halen yürütülmektedir. Sertifika programı, 4 hafta teorik ve 4 hafta pratik eğitimden oluşmaktadır. Başarılı olanlara Sağlık Bakanlığı tarafından sertifika verilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2008).

4.5.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Nitelikleri

Hemşirelerin genel hemşirelik bilgi ve becerileri yanında bu ünitelere özgü aşağıda yer alan niteliklere de sahip olması beklenir. Yoğun bakım hemşireleri;

- Başka bölümde görevli hemşirelerden daha fazla sorumluluk duygusu taşımalı,
- Dikkatli bir gözlemci olmalı, hastanın durumunda en ufak bir değişikliği anında anlayabilmeli ve rapor edebilmeli,
- Acil durumlarda nasıl davranabileceğini iyi bilmeli,
- Hastanın moralini ve rahatını en üst düzeyde tutabilmeli,
- Psikolojik yönden yoğun bakıma hazır olmalı,
- Eğitime açık olmalı, kendini yenilemeli,
- Değişime açık olmalı ve değişim ajanı olabilmeli,
- CARE'nin anlamına uygun çalışabilmelidir (Yoğun bakım ilkelerinin belirlenmesinde çeşitli çalışmalar yapılmış olmakla beraber esas ilke, hasta yaşamının sürdürülmesi amacına odaklanmalıdır. Bu ilkeyi kısaca CARE kelimesinde yer alan harflerde arayabileceğimizi Valeür'ün (2001) yazısında yer alan "CARE" aşağıda belirtilmektedir.

Clinical (Klinik)

Administrative (Yönetim)

Research (Araştırma)

Education (Eğitim)

CARE kelimesinin açılımında yukarıda belirtildiği gibi; klinikte ya da yoğun bakımda hasta bakımının uygulanması, yönetilmesi, araştırılması, hasta ve yakınlarının eğitilmesi yanında hemşirenin de eğitilmesi yer almaktadır (Aydinoğlu, 2007).

4.5.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Yoğun bakım hemşiresi (YBH), karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir. Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra hemşirelik bakımı ile ilgili sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

- d)** Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- e)** Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- f)** Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- g)** Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- ğ)** Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- h)** Nörolojik hastalıkları olan (anevrizma, kafa içi basıncı artma sendromu, serebrovasküler olay vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
- ı)** Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
- i)** Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- j)** İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- k)** Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

YBH'nin tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma ile ilgili sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir. Bunlar:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir (TC. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).

4.6. Araştırmanın Önemi

Yoğun bakım üniteleri, en ciddi tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım sağlayan birimlerdir. Belki de bunun bir sonucu olarak, bu birimler hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan birçok stresörle karşılaştığı ortamlar olarak kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların durumunun yaşamsal olması ve aciliyet gerektirmesi ve bilinç düzeyindeki değişiklikler nedeniyle fizyolojik bakımı daha öncelikli olabilmekte, psikolojik bakımı ihmal edilebilmektedir. Yoğun bakımdan taburcu edilmiş bireylerle yapılan çalışmalarda, birçok birey, yoğun bakımda yaşadıkları deneyimleri az hatırladığını veya hiç hatırlamadığını belirtmiştir. Bazı hastalarda tuhaf algısal deneyimler ve hoşaga gitmeyen olayları içeren hatıralar, eziyet verici ve korkutucu halüsinasyonlar ve bir takım rüyalar tanımlamışlardır (Terzi ve Kaya, 2011b).

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarda, hastaların sadece olumsuz deneyimler değil, nötr hatta olumlu deneyimler de yaşadıkları belirlenmiştir. Olumsuz deneyimlerin korku, anksiyete, ağrı ya da rahatsızlık hissi, uykusuzluk ve bilişsel bozukluk, olumlu deneyimlerin güvenlik ve güvenli bir çevrede bulunma olarak tanımladıkları belirtilmiştir. Özellikle hemşirelerin verdiği güven duygusu olumlu deneyim olarak belirtilmiştir. Hastalar yoğun bakım ünitesinde hekimleri güvenli bilgi kaynağı olarak, hemşireleri sürekli gözlem yapan, bakım veren, öz bakımlarını destekleyen ve geliştiren, kaygılarını azaltan bireyler olarak görmektedir (Hupcey ve Zimmerman, 2000; Misak, 2004; Stein-Parbury ve McKinley, 2009).

Yoğun bakım ünitesinde genellikle fizik bakımın ağırlıklı olarak sürdürülmesi hasta ve ailenin psikolojik gereksinimlerinin yeterince tanımlanmaması veya karşılanmaması, duygusal sorunların taburculuk sonrası da devam etmesine neden olmaktadır. Hastaların sürekli yanında olan, kaygılarını azaltan yoğun bakım hemşirelerinin, hastalara verdiği güven duygusu, hastaların deneyimlerini olumlu yönde etkilemektedir. Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerine oldukça önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, hastaların yoğun bakımda yaşadıkları deneyimleri belirlenmeleri ve bu deneyimleri olumlu yönde geliştirilebilecek gerekli hemşirelik bakımını planlamaları gerekmektedir. Bu araştırmanın, yoğun bakım ünitesinde en az 24 saat tedavi ve bakım hizmeti almış ve taburcu olan hastaların yoğun bakım ortamı ile ilgili deneyimlerinin değerlendirilmesi ve hemşirelere bakımda yol gösterici olabilecek kanıta dayalı bilimsel verilerin sunulması amaçlanmıştır. Araştırmadan, elde edilen bulguların hemşirelere, yoğun bakımda yatan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin olumlu yönde olabilmesi için gerekli hemşirelik girişimlerini planlayabilmede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada amaç, yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesidir.

5.2. Araştırma Soruları

Yoğun bakımdan taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimleri nasıldır?

Yoğun bakımdan taburcu olan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yoğun bakım deneyimleri farklı mıdır?

5.3. Araştırmanın Tipi

Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerini değerlendirmek amacı ile yapılmış olan bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Haziran-Aralık 2014 tarihleri arasında, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Manisa Devlet Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde en az 24 saat tedavi ve bakım hizmeti aldıktan sonra servise nakledilen hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü araştırmada kullanılacak ölçek madde sayısının 10 katı olarak hesaplanmıştır (n=190). Evrenin tamamının örneklem hacmi ve araştırmaya dahil olma kriterleri doğrultusunda çalışmaya alınması planlandığından herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

- Ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip,
- İletişim sorunu olmayan,
- 18 ile 65 yaş arası,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı herhangi bir bedensel ve zihinsel engeli olmayan,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

5.6. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, yoğun bakıma yatış sayısı, yoğun bakımda yatış süresi, yattığı bölümdür.

Bağımlı Değişkenler: Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarıdır.

5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hasta Tanıtım Formu ve Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) ile toplanmıştır (Ek-1).

5.7.1. Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan, sosyodemografik özellikler, yattığı yoğun bakım ünitesi, yoğun bakımda kalma süresi, yoğun bakıma yatış sayısı ile ilgili soruları içermektedir.

5.7.2. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği: Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) Rattray ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yoğun bakım hastalarının yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. YBDÖ'nin Türkçe geçerlik güvenilirliği Demir ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu 0,30-0,68 arasında değiştiği ve Cronbach Alfa katsayısının 0,79 olduğu bildirilmiştir. YBDÖ toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve 5'li derecelendirilmeli şeklindedir. Ölçekte ilk 10 sorunun değerlendirmesinde; “her zaman” ifadesine 1 puan, “çoğu zaman” ifadesine 2 puan, “bazen” ifadesine 3 puan, “nadiren” ifadesine 4 puan, “hiçbir zaman” ifadesine 5 puan verilmekte, 11-19. sorularda; “kesinlikle katılıyorum” ifadesine 1 puan, “katılıyorum” ifadesine 2 puan, “kararsızım” ifadesine 3 puan, “ katılmıyorum” ifadesine 4 puan, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine 5 puan verilmektedir. Yoğun Bakım Deneyimi Ölçeği'nin “yoğun bakımda iken çevrenin farkında olma” (1. alt boyut), “yaşanan kötümser

deneyimler” (2. alt boyut), “yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması” (3. alt boyut), “yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet” (4. alt boyut) olmak üzere dört alt boyutu vardır. Ölçekteki maddelerden 4 tanesi ters maddedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19 en yüksek puan 95’dir. Ölçeğin alt boyutlar puan aralığı; 1. alt boyutta 6-30, 2. ve 3. boyutta 4-20 ve 4. alt boyutta 5-25’dir. Ölçekten düşük puan alan hastaların durumu, bilinç durumunun yeterince açık olmadığı ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin olumsuz olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten yüksek puan alan hastaların durumu ise, farkındalığın yüksek olduğu, yaşanan kötü deneyimlerin düşük olduğu ve bunun yanında bakımla ilgili memnuniyetin fazla olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. YBDÖ’nin kullanım için izni yazardan elektronik posta alınmıştır (Ek-2). YBDÖ’nin bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alfa katsayısı sırası ile “yoğun bakımda iken çevrenin farkında olma” 0,41, “yaşanan kötümser deneyimler” 0,45, “yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması” 0,39, “yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet” 0,56’dır.

5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 40 dakika sürmüştür.

5.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, sayısal ve yüzdelerle dağılım, ortalama (Ort) ve

standart sapma (SS) şeklinde gösterilmiştir. Kolmogorov-Smirnov normallik testi kullanılarak değerlendirildiğinde verilerin normal dağılım göstermediği bulunduğu için ($p<0,05$), verilerin istatistiksel analizinde Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık $\alpha=0,05$ güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul'dan (Ek-3), Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek-4), Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek-5) ilgili izinler alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalınmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $56,6 \pm 10,8$ (18-65) yıl olup büyük çoğunluğu (%78,4) evli ve (%60,0) erkekti. Tablo 1' de hastaların tanımlayıcı özellikleri belirtilmiştir.



Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=190)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
45 yaş altı	27	14,2
46 - 55 yaş	34	17,9
56 – 65 yaş	129	67,9
Cinsiyet		
Kadın	76	40,0
Erkek	114	60,0
Medeni Durum		
Evli	149	78,4
Bekar	14	7,4
Diğer	27	14,2
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	32	16,8
İlk Okul	124	65,3
Orta Okul	6	3,2
Lise	21	11,1
Fakülte/ Yüksek Okul Mezunu	7	3,7
Meslek		
Memur	7	3,7
Ev Hanımı	71	37,4
Serbest Meslek	16	8,4
İşçi	19	10,0
Emekli	67	35,3
Diğer	10	5,3
Sosyal Güvencesi		
Var	176	92,6
Yok	14	7,4

Hastaların yatmış oldukları yoğun bakım üniteleri ve yatışları ile ilgili özellikleri incelendiğinde %34,7'si Kardiyoloji, %32,1'i Dahiliye, %33,2'si Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatmıştır. Yine hastaların, % 38,4'ünün kardiyovasküler sistem, %13,7'sinin solunum sistemi, %7,9'unun nörolojik sistem, %2,1'inin kan,

%6,8'inin ürolojik sistem, %5,3'ünün endokrin sistem, %13,7'sinin gastrointestinal sistem hastalıkları, %12,1'inin de diğer sorunlar ve hastalıklardan dolayı yoğun bakım ünitesinde yatmış oldukları belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %18,4'ünün bir gün, %65,8'inin 2-8 gün, %11,6 'sı 9-20 gün, %4,2'si 20 günden fazla yoğun bakım ünitesinde yattığı saptandı. Hastaların yoğun bakım ünitesine yatış sayıları incelendiğinde %65,3'ünün yoğun bakım ünitesine ilk kez, %21,6'sının yoğun bakım ünitesine iki kere, %13,2'sinin üç ve daha fazla yoğun bakım ünitesine yatmış oldukları saptandı. Tablo 2'de hastaların yoğun bakım ünitelerine yatışları ile ilgili özellikleri belirtilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Yoğun Bakım Ünitelerine Yatışları İle İlgili Özellikleri (n=190)

Yoğun Bakımlarla İlgili Özellikler	Sayı	%
Yoğun Bakımda Yattığı Süre		
1 gün	35	18,4
2 -8 gün	125	65,8
9 – 20 gün	22	11,6
20 günden Fazla	8	4,2
Yoğun Bakıma Yatış Sayısı		
İlk kez yatan	124	65,3
2. kez yatan	41	21,6
3 ve üzeri yatışı olan	25	13,2
Yattığı Bölüm		
Kardiyoloji	66	34,7
Dahiliye	61	32,1
Cerrahi	63	33,2
Yatış Nedeni		
Kardiyovasküler Sistem Hst.	73	38,4
Solunum Sistemi Hst.	26	13,7
Nörolojik Sistem Hst.	15	7,9
Kan Hastalıkları	4	2,1
Ürolojik Sistem Hst.	13	6,8
Endokrin Sistem Hst.	10	5,3
GİS Hastalıkları	26	13,7
Diğer	23	12,1

GİS=Gastrointestinal sistem, Hst=Hastalıkları

6.2. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların YBDÖ'den puan ortalamaları $62,1 \pm 5,2$ (44,0-78,0) olduğu bulundu. Hastaların ölçeğin alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalamalarının □Çevrenin Farkında Olma□ alt boyutundan $17,7 \pm 2,4$ (11,0-26,0); □Yoğun Bakımda Yaşanan Kötü Deneyimler□ alt boyutundan $16,3 \pm 1,8$ (10,0-20,0); □Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması □alt boyutundan $12,9 \pm 2,3$ (6,0-19,0); □Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet□ alt boyutundan $15,1 \pm 3,0$ (5,0-23,0) olduğu belirlendi. Tablo 3'te Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği ve alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği ve Alt Boyutundan Aldıkları Oldukları Puanlar (n=190)

YBDÖ ve Alt Ölçekleri	En düşük-en yüksek puanlar	Ort±SS
YBDÖ Toplam Puanı	44,0-78,0	62,1±5,2
YBÜ'nde İken Çevrenin Farkında Olma	11,0-26,0	17,7±2,4
YBÜ'nde Yaşanan Kötü Deneyimler	10,0-20,0	16,3±1,8
YBÜ'nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	6,0-19,0	12,9±2,3
YBÜ'nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	5,0-23,0	15,1±3,0

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve ölçek alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 4’de belirtilmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).



Tablo 4. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=190)

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Yaş Grupları	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	45 yaş altı	58,80±3,80	51,0-69,0	0,82	0,66
	46 – 55 yaş	58,94±5,34	45,0-68,0		
	56 – 65 yaş	59,48±4,75	43,0-74,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	45 yaş altı	17,70±2,39	11,0-22,0	3,43	0,18
	46 – 55 yaş	17,11±2,50	12,0-23,0		
	56 – 65 yaş	17,89±2,39	11,0-26,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	45 yaş altı	16,40±1,50	14,0-20,0	4,16	0,12
	46 – 55 yaş	16,70±1,73	12,0-20,0		
	56 – 65 yaş	16,21±1,93	10,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	45 yaş altı	12,48±1,88	10,0-17,0	1,77	0,41
	46 – 55 yaş	12,91±1,95	8,0-16,0		
	56 – 65 yaş	13,01±2,56	6,0-19,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	45 yaş altı	15,22±2,90	8,0-21,0	0,10	0,94
	46 – 55 yaş	15,05±3,86	5,0-21,0		
	56 – 65 yaş	15,20±2,85	5,0-23,0		

KW= Kruskal Wallis

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Araştırmaya katılan hastaların YBDÖ puan ortalamaları, kadınlarda 59,5±4,72, erkeklerde 59,1±4,73 olarak bulundu. Hastaların cinsiyete göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puanlar değerlendirildiğinde cinsiyete göre “YBÜ’de İken Çevrenin Farkında Olma” alt ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,05). Tablo 5’te araştırmaya katılan hastaların YBDÖ toplam puan ve ölçek alt grup puan ortalamalarının, hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Cinsiyet	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	U	p
Toplam puan	Kadın	59,5±4,72	48,0-74,0	41,9	0,72
	Erkek	59,1±4,73	43,0-73,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	Kadın	21,3±2,38	11,0-26,0	35,5	0,03*
	Erkek	17,4±2,42	11,0-25,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	Kadın	16,4±1,97	11,0-20,0	38,6	0,19
	Erkek	16,2±1,75	10,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Kadın	12,8±2,48	8,0-19,0	41,8	0,69
	Erkek	12,9±2,30	6,0-18,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	Kadın	14,7±3,23	5,0-22,0	36,7	0,07
	Erkek	15,4±2,90	5,0-23,0		

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

*p<0,05

Tablo 6’da araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların eğitim durumlarına göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Eğitim Durumu	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	Okur yazar	58,15±4,82	52,0-70,0	3,41	0,49
	İlkokul	59,47±4,83	43,0-74,0		
	Ortaokul	60,00±4,85	54,0-67,0		
	Lise	59,52±4,61	49,0-69,0		
	Fakülte/Y.okul	60,28±2,13	57,0-64,0		
YBÜ’nde İken evrenin Farkında Olma	Okur Yazar	19,09±2,77	15,0-26,0	9,96	0,06
	İlkokul	17,52±2,23	11,0-24,0		
	Ortaokul	18,16±1,72	16,0-21,0		
	Lise	17,19±2,33	13,0-22,0		
	Fakülte/Y.okul	16,71±2,87	11,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	Okur Yazar	15,62±2,49	10,0-20,0	6,66	0,15
	İlkokul	16,46±1,61	10,0-20,0		
	Ortaokul	16,16±2,31	14,0-20,0		
	Lise	16,23±1,67	12,0-20,0		
	Fakülte/Y.okul	17,57±1,71	16,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Okur Yazar	12,87±2,48	8,00-18,0	8,55	0,07
	İlkokul	13,10±2,38	6,00-19,0		
	Ortaokul	13,00±2,82	10,0-17,0		
	Lise	13,09±1,78	10,0-17,0		
	Fakülte/Y.okul	13,85±2,11	10,0-17,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	Okur Yazar	13,84±3,00	5,00-19,0	9,46	0,05
	İlkokul	15,31±3,13	5,00-23,0		
	Ortaokul	15,66±2,73	12,0-20,0		
	Lise	16,19±2,40	10,0-21,0		
	Fakülte/Y.okul	15,42±2,43	12,0-18,0		

KW= Kruskal Wallis

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 7’de belirtilmiştir. Hastaların medeni durumlarına göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Medeni Durum	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	Evli	59,1±45	43,0-73,0	51,9	0,55
	Bekar	58,8±3,7	55,0-65,0		
	Diğer	60,1±1,8	53,0-64,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	Evli	17,1±2,0	11,0-22,0	23,3	0,79
	Bekar	18,3±2,3	16,0-22,0		
	Diğer	18,9±1,5	13,0-23,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	Evli	16,6±1,5	12,0-20,0	18,5	0,55
	Bekar	16,6±1,7	15,0-20,0		
	Diğer	16,9±2,2	12,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Evli	13,1±2,0	8,0-18,0	33,7	0,09
	Bekar	11,8±1,6	10,0-14,0		
	Diğer	12,7±1,5	8,0-19,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	Evli	15,5±2,1	12,0-23,0	42,6	0,09
	Bekar	14,6±1,9	12,0-18,0		
	Diğer	15,5±1,5	11,0-20,0		

KW= Kruskal Wallis

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının gelir durumuna göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Hastaların gelir durumlarına göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Gelir durumu	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	Gelir Gidenden Az	59,28±4,39	52,0-74,0	2,35	0,30
	Gelir Gidenden Fazla	58,8±6,97	56,0-73,0		
	Gelir Gidere Denk	59,13±4,74	43,0-70,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	Gelir Gidenden Az	18,07±2,26	13,0-24,0	2,75	0,25
	Gelir Gidenden Fazla	17,0±1,58	15,0-19,0		
	Gelir Gidere Denk	17,59±2,51	11,0-26,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	Gelir Gidenden Az	16,23±1,71	11,0-20,0	1,39	0,49
	Gelir Gidenden Fazla	17,6±2,19	16,0-20,0		
	Gelir Gidere Denk	16,33±1,89	10,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Gelir Gidenden Az	12,53±2,44	8,0-19,0	1,97	0,63
	Gelir Gidenden Fazla	14,00±1,00	14,0-16,0		
	Gelir Gidere Denk	13,04±2,33	6,0-18,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	Gelir Gidenden Az	15,00±2,85	9,0-22,0	2,13	0,34
	Gelir Gidenden Fazla	17,8±3,96	14,0-23,0		
	Gelir Gidere Denk	15,16±3,08	5,0-21,0		

KW= Kruskal Walis

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının YBÜ’nde yatış sürelerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların yoğun bakımda yatış sürelerine göre YBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların YBÜ’de yatış sürelerine göre YBDÖ alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları incelendiğinde, yatış süresine göre “YBÜ’de İken Çevrenin Farkında Olma” ($p<0,01$), “YBÜ’de Yaşanan Kötü Deneyimler” ($p<0,01$), “YBÜ’de Alınan Bakımdan Memnuniyet” ($p<0,01$) alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Tablo 9. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yoğun Bakımda Yatış Sürelerine Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Yatış Süresi	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	24 saat	58,85-5,02	43,0-70,0	6,34	0,09
	2 -8 Gün	59,88-4,67	45,0-74,0		
	9 – 20 Gün	58,13-3,27	52,0-64,0		
	20 Günden Fazla	55,37-5,73	48,0-62,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	24 saat	11,02-1,80	13,0-22,0	20,68	0,00**
	2 -8 Gün	12,51-2,42	11,0-26,0		
	9 – 20 Gün	17,50-2,01	16,0-25,0		
	20 Günden Fazla	19,62-2,92	16,0-24,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	24 saat	12,14-1,84	10,0-20,0	13,93	0,00**
	2 -8 Gün	13,87-1,69	11,0-20,0		
	9 – 20 Gün	15,27-2,09	10,0-19,0		
	20 Günden Fazla	16,16-1,80	13,0-17,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	24 saat	12,97-2,17	6,0-17,0	7,54	0,05
	2 -8 Gün	11,75-2,31	8,0-19,0		
	9 – 20 Gün	12,77-2,58	8,0-16,0		
	20 Günden Fazla	13,18-2,76	8,0-16,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	24 saat	11,48-2,97	10,0-22,0	11,50	0,00**
	2 -8 Gün	11,62-2,93	5,0-23,0		
	9 – 20 Gün	14,09-1,92	11,0-17,0		
	20 Günden Fazla	16,51-4,83	5,0-19,0		

KW= Kruskal Walis Ortalama±Standart sapma=Ort±SS **p<0,01

Tablo 10'da araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, YBÜ' de yatış sayılarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların YBÜ'ne yatış sayılarına göre YBDÖ toplam ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 10. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yoğun Bakım Ünitesine Yatış Sayılarına Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	Yatış Sayısı	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	Daha Önce Yatmamış	58,95±4,27	45,0-70,0	1,099	0,33
	2. Yatışı	60,17±6,20	43,0-74,0		
	3 Ve Üzeri Yatış	59,64±3,99	52,0-72,0		
YBÜ'nde İken Çevrenin Farkında Olma	Daha Önce Yatmamış	17,57±2,53	11,0-26,0	3,199	0,20
	2. Yatışı	18,31±2,31	13,0-23,0		
	3 Ve Üzeri Yatış	17,64±1,91	14,0-21,0		
YBÜ'nde Yaşanan Kötü Deneyimler	Daha Önce Yatmamış	16,28±1,81	10,0-20,0	1,435	0,48
	2. Yatışı	16,24±2,15	10,0-20,0		
	3 Ve Üzeri Yatış	16,72±1,45	14,0-20,0		
YBÜ'nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	Daha Önce Yatmamış	12,83±2,15	8,0-17,0	1,530	0,46
	2. Yatışı	13,26±2,86	6,0-18,0		
	3 Ve Üzeri Yatış	12,80±2,56	8,0-19,0		
YBÜ'nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	Daha Önce Yatmamış	15,11±3,08	5,0-22,0	0,257	0,87
	2. Yatışı	15,19±3,43	5,0-23,0		
	3 Ve Üzeri Yatış	15,48±2,18	12,0-20,0		

KW= Kruskal Wallis

Ortalama±Standart sapma=Ort±SS

Tablo 11’de araştırmaya katılan hastaların YBDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının yatmış oldukları YBÜ’ne göre dağılımları verilmiştir. Hastaların yattıkları yoğun bakım ünitesine göre YBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların yattıkları yoğun bakım ünitesine göre YBDÖ alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları incelendiğinde, “YBÜ’de Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Tablo 11. Hastaların YBDÖ ve Alt Boyutlarından Almış Oldukları Puanların Yatmış Oldukları Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Dağılımı

YBDÖ Toplam Puanı ve Alt Grupları	YBÜ	Ort±SS	En düşük-En yüksek puanlar	KW	p
Toplam puan	KYBÜ	60,4±4,7	50,0-74,0	5,11	0,07
	CYBÜ	58,4±4,4	43,0-69,0		
	DYBÜ	58,9±4,8	45,0-70,0		
YBÜ’nde İken Çevrenin Farkında Olma	KYBÜ	17,5±2,2	11,0-25,0	2,88	1,85
	CYBÜ	17,5±2,3	12,0-23,0		
	DYBÜ	18,1±2,6	11,0-26,0		
YBÜ’nde Yaşanan Kötü Deneyimler	KYBÜ	16,5±1,7	10,0-20,0	1,85	0,39
	CYBÜ	16,2±1,6	10,0-20,0		
	DYBÜ	16,2±2,0	11,0-20,0		
YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması	KYBÜ	13,1±2,3	8,0-19,0	0,72	0,69
	CYBÜ	12,6±2,1	6,0-16,0		
	DYBÜ	12,9±2,6	8,0-18,0		
YBÜ’nde Alınan Bakımdan Memnuniyet	KYBÜ	16,9±2,6	9,0-23,0	6,67	0,03*
	CYBÜ	14,0±2,8	5,0-21,0		
	DYBÜ	14,4±3,4	5,0-22,0		

KW= Kruskal Wallis Ortalama±Standart sapma=Ort±SS * $p<0,05$

KYBÜ=Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi, CYBÜ=Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, DYBÜ=Dahili Yoğun Bakım Ünitesi

7. TARTIŞMA

Gelişen teknolojiyle birlikte yoğun bakım ünitelerinde de her geçen gün daha fazla teknolojik aracın kullanılması, yaşam kurtarıcı olmakla birlikte hasta için korkutucu olabilmektedir (Zaybak ve Yapucu-Güneş, 2010). Hastalar yapılan tıbbi işlemlerin birçoğu hakkında yaşamlarını uzatma umudu taşımanın yanı sıra ölüm olasılığını da yakından hissettikleri bildirilmektedir (Yava ve Koyuncu, 2006). Yoğun bakım üniteleri, hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan birçok stresörle karşılaştığı ortamlar olarak kabul edilmektedir (Leur ve ark, 2004). Yoğun bakım hastalarında strese neden olan faktörleri inceleyen bir çalışmada hastalar, trakeal tüp aspirasyonunu (%81), N/G tüp takılmış olmasını (%75), ailesi için kaygı duymayı (%71) ve ağrıyı (%64) en stresli deneyimleri olarak belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %51'i YBÜ'de kaldıkları süre içinde rüya ve gece kabusları gördüklerini ve bu durumun taburcu olduktan sonra da günlük yaşantılarını etkilediğini açıklamışlardır (Granja ve ark, 2005). Literatürde, hastaların bireysel inanç, değer, normlar, ait oldukları sosyal ya da kültürel gruplar, dünya görüşü, semboller ve oryantasyonun algılanan stres ve stresle baş etme yöntemlerini etkilediği bildirilmiştir (Çınar ve ark, 2009). Yine algılanan stres düzeyini etkileyen en önemli faktörlerden birinin de yoğun bakım deneyimlerinin olduğu belirtilmiştir (Durna ve ark, 1997).

Yoğun bakımdan taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerini değerlendirdiğimiz çalışmamızda araştırma grubumuzun büyük çoğunluğunun erkek, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip, evli ve orta yaş grubunda olduğu bulundu. Ülkemizde hastaların yoğun bakım deneyimlerini değerlendiren çalışmalarla

karşılaştırıldığında hastaların sosyodemografik özelliklerinin literatür ile benzer olduğu söylenebilir (Durna ve ark, 1997; Hintistan ve ark, 2009; Özdemir, 2010; Zaybak ve Güneş, 2010).

Yoğun bakım ünitesinde taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerini YBDÖ ile değerlendirdiğimiz araştırmamızda, ölçeğin bir kesme puanı bulunmamasına rağmen hastaların genel olarak farkındalık düzeylerinin ortalamanın üstünde, bakımla ilgili memnuniyetlerinin orta düzeyde ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin kısmen olumlu yönde olduğu bulundu. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu bildirilmiştir (Durna ve ark, 1997; Özdemir, 2010; Zaybak ve Güneş, 2010; Terzi ve Kaya, 2011b; Özşaker, 2013; Tuna ve ark, 2014). Hofhuis ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, hastaların yarıya yakını yoğun bakım deneyimlerini kötü ya da çok kötü olarak tanımlarken, diğer çalışmalarda da hastaların çoğunluğu deneyimlerini “korkutucu”, “eziyet verici”, “rahatsız edici” ve “sıkıcı” olarak tanımlamışlardır (Rotondi ve ark, 2002; Löff ve ark, 2006; Plakas ve ark, 2009).

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarda, hastaların sadece olumsuz deneyimler değil, nötr hatta olumlu deneyimler de yaşadıkları belirlenmiştir. Olumsuz deneyimlerin korku, anksiyete, ağrı ya da rahatsızlık hissi, uykusuzluk ve bilişsel bozukluk, olumlu deneyimlerin güvenlik ve güvenli bir çevrede bulunma olarak tanımladıkları belirtilmiştir. Özellikle hemşirelerin verdiği güven duygusu olumlu deneyim olarak belirtilmiştir. Hastalar yoğun bakım ünitesinde hekimleri güvenli bilgi kaynağı olarak, hemşireleri sürekli gözlem yapan, bakım veren, öz bakımlarını destekleyen ve geliştiren, kaygılarını azaltan bireyler olarak görmektedir (Hupcey ve Zimmerman, 2000; Misak, 2004; Stein-Parbury ve McKinley, 2009). Sekmen ve Hatipoğlu (1999)

çalışmasında, yoğun bakım ünitesinde hastaların %63.4'ünün güven ve rahatlık duyguları yaşama nedenlerini, ciddi bir hastalık ve ameliyattan sağlıklı bir şekilde kurtulmaları, ünite de bakım hizmetlerine verilen önemle açıklamışlardır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, hastaların genellikle YBÜ'de çalışan hekim, hemşire ve personele güvendiği, kendilerine yapılan açıklamaları yeterli buldukları, soru sorabildikleri, fizik ortamdan ve sağlık çalışanlarından memnun oldukları belirlenmiştir (Söyük ve ark, 2001).

Hastaların yoğun bakım deneyimlerini YBDÖ ile değerlendiren bir çalışmada (n=75) "YBÜ'de İken Çevrenin Farkında Olma" alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının $21,05 \pm 4,1$ (Zaybak ve Güneş, 2010), başka bir çalışmada (n=52) $20,63 \pm 4,18$ (Hintistan ve ark, 2009) olduğu bildirilmiştir. YBDÖ ile koroner yoğun bakımda hastaların deneyimlerini değerlendiren bir çalışmada (n=85) ölçeğin "YBÜ'de İken Çevrenin Farkında Olma" alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının $19,4 \pm 2,8$ (Özdemir, 2010), Terzi ve Kaya (2011b) tarafından yürütülen bir çalışmada ise hastaların (n=120) ölçeğin "YBÜ'de İken Çevrenin Farkında Olma" alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları $21,38 \pm 3,45$ olarak bulunmuştur. Araştırmamıza katılan hastaların YBDÖ'nin "YBÜ'de İken Çevrenin Farkında Olma" alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları benzer çalışmalarla karşılaştığında oldukça düşüktü. Bu durum hastaların yoğun bakımda iken çevrelerinin daha az farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir. Ancak yapılan araştırmalar uyarılara yanıt vermeyen hastaların çevresinde konuşulanları işitebildiğini göstermiştir (Kaçmaz, 2002; Çınar-Yücel, 2010). Bir çalışmada, hastaların YBÜ'de ortamın farkında olma durumlarının klinik uygulamalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastaların, YBÜ'ni algılamaları, üniteye ve orada çalışan personelin davranışlarına bağlanmış, YBÜ'nde çalışan hemşirelerin hastalara geri

bildirim vermelerinin hastaların farkındalıklarını arttırdığı vurgulanmıştır (Russell, 1999).

Çalışmamıza katılan hastaların ölçeğin “YBÜ’de Yaşanan Kötü Deneyimler” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları bazı çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça düşüktü (Hintistan ve ark, 2009; Özşaker, 2013). Bu durum hastaların yoğun bakıma yatış sırasında kötümser deneyimler yaşamadıklarını göstermektedir. Literatürde anksiyete ve depresyon düzeyi düşük olan hastaların kötümser deneyimlerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Tuna ve ark, 2014). Bir çalışmada hastalar, uykusuzluk, anksiyete, algılama fonksiyonlarında bozulma ve ağrıyla ilgili sorunları YBÜ’deki olumsuz deneyimler olarak belirtmişlerdir. Buna ilave olarak, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yoğun bakımda yaşanan deneyimlerle ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Stein-Parbury ve McKiney, 2000). Yoğun bakım hastalarında görülen olumsuz deneyimler duyuşal yoksunluk, duyuşal yüklenme, ajitasyon, oryantasyon güçlüğü, deliryum, depresyon, uyum güçlüğü, uyku bozukluğu, regresyon, tedaviyi reddetme, anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük ve bilinmezlik korkusu olarak tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2002).

Hastaların ölçeğin “YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları bazı çalışma bulguları ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek (Hintistan ve ark, 2009; Özdemir, 2010) bazı çalışma bulguları ile karşılaştırıldığında ise benzerdi (Zaybak ve Güneş, 2010; Terzi ve Kaya, 2011b). Çalışmaya katılan hastaların “YBÜ’nde Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının yüksek olması hastalar tarafından yoğun bakım deneyimlerinin hatırlandığı şeklinde yorumlanabilir. Yoğun bakım ortamı, hastaların hastalık durumları, algılama yeteneği ve duyular üzerinde önemli etki ve değişikliklere neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesine

kabulden 48 saat sonra akut konfüzyon durumu gelişebilmektedir (Dedeli ve Durmaz-Akyol, 2005). Cazorla ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında YBÜ'deki hastaların ancak %34'ü YBÜ'de yatma nedenlerini hatırladıklarını belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, birçok hasta yoğun bakımda yaşadıklarını az hatırladığını veya hiç hatırlamadığını belirtmiş ya da tuhaf algısal deneyimler ve hoş gitmeyen olayları içeren hatıralar, eziyet verici ve korkutucu halüsinasyonlar ile birtakım rüyalar tanımlamışlardır. Granja ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise hastaların %38'i YBÜ'nde kaldıkları herhangi bir zamanı hatırlayamamışlardır.

Hastaların “YBÜ'de Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları bazı çalışma bulguları ile karşılaştığında oldukça yüksekti (Hintistan ve ark, 2009; Özdemir, 2010; Terzi ve Kaya, 2011b). Çalışmaya katılan hastaların “YBÜ'de Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının orta düzeyde olması hastaların yoğun bakımda yatış sırasında bakımdan memnun kaldıkları şeklinde yorumlanabilir. Literatürde YBÜ'ne plansız yatışı yapılan ve YBÜ'nde birçok yaşam desteği (kalp, akciğer, hemodiyaliz vb) uygulanan hastaların daha olumsuz deneyimler yaşadıkları dolayısıyla YBÜ'nde verilen bakım ile ilgili memnuniyetlerinin de daha düşük olduğu bildirilmiştir (Terzi ve Kaya, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların genellikle YBÜ'de çalışan hekim, hemşire ve personele güvendiği, kendilerine yapılan açıklamaları yeterli buldukları, soru sorabildikleri, fizik ortamdan ve sağlık çalışanlarından memnun oldukları belirlenmiştir (Söyük ve ark, 2001). Turner ve ark (1990) çalışmasında hastaların %94'ü, Granja ve ark (2005) çalışmasında hastaların %93'ü YBÜ'yü arkadaşça, sakin ve rahatlatıcı bir ortam olarak tanımlamışlardır.

Hastaların yaş gruplarına göre ölçek ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. YBÜ'ne yatırılan

60 yaş ve üzeri hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirildiği araştırma sonuçları, yaşlı hastaların YBÜ’nde daha fazla kötümser deneyimler yaşadıklarını bildirmiştir (Özşaker ve ark, 2013; Tuna ve ark, 2013). Yine hastaların medeni durumları, eğitim durumları, gelir durumları ve yatış sayılarına göre YBDÖ ve alt boyutlarından almış puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürdeki benzer çalışmalarda da medeni durumu (Rotondi ve ark, 2002; Özer ve Akyıl, 2005; Hintistan ve ark, 2009; Özdemir, 2010; Özşaker ve ark, 2013), eğitim durumu (Rotondi ve ark, 2002; Özer ve Akyıl, 2005; Hintistan ve ark, 2009; Zaybak ve Yapucu-Güneş, 2010; Özdemir, 2010; Tuna ve ark, 2013; Özşaker ve ark, 2013), gelir durumu (Durna ve ark, 1997; Hintistan ve ark, 2009; Özşaker ve ark, 2013), daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumu (Özer ve Akyıl, 2005; Hintistan ve ark, 2009; Zaybak ve Yapucu-Güneş, 2010; Özşaker ve ark, 2013) göre YBDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda, kadın hastaların ölçeğin “YBÜ’de İken Çevrenin Farkında Olma” alt boyutundan almış oldukları puan ortalamaları, erkek hastaların puan ortalamalarından daha yüksekti. Bu durum, kadın hastaların yoğun bakıma yatışları sırasında erkek hastalara göre daha fazla çevrenin farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir. Literatürde kadınların erken yaşlarda fiziksel ve psikolojik olarak olgunlaştıkları, daha katılımcı, erken gelişmiş sözlü becerilere sahip oldukları ve dünyayı kişisel, estetik ve ahlaki yönleriyle algıladıkları (Vassiliou, 2010) daha empatik bir beyne sahip oldukları, bu bağlamda da algı ve farkındalıklarının yüksek olduğu (Yavuz, 2014) belirtilmektedir.

Araştırmamızda, Kardiyoloji YBÜ’ne yatan hastaların yoğun bakımdan memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu durum, kardiyoloji yoğun

bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin hastalara bilgi vermesi, hastaların günlük bakım ve tedavilerinin düzenli olarak yapılması bu bağlamda da Kardiyoloji YBÜ'ne yatan hastaların yoğun bakım ünitesinden memnuniyetlerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, YBÜ'nde 20 günden daha uzun süre kalan hastaların ölçeğin “YBÜ'de İken Çevrenin Farkında Olma”, “YBÜ'de Yaşanan Kötü Deneyimler” ve “YBÜ'de Bakımdan Memnuniyet” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları daha yüksekti. Bu durum, hastaların YBS'nu atlattıkları için farkındalıklarının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. YBÜ'nde 20 günden daha uzun süre yatan hastaların farkındalıkları yüksek olduğu için yaşanan kötümser deneyimleri daha çok hatırlıkları ve bakımdan daha memnun oldukları söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, yoğun bakımdan taburcu olan hastaların genel olarak farkındalık düzeyleri ve bakımla ilgili memnuniyetlerinin orta düzeyde ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimlerin kısmen olumlu yönde olduğu bulundu.

Bu bulgular doğrultusunda,

- Yoğun Bakım Ünitelerinde özellikle DYBÜ ve CYBÜ'nde yatan hastalara uygulanan tedavi, bakım ve işlemler hakkında açıklayıcı şekilde bilgi verilmesi,
- Hastaların yoğun bakım ortamında algı, duyu ve bilinç durumlarının dikkatle değerlendirilerek olumsuz uyarıların azaltılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Akbayrak N, Bağçıvan G. Yoğun bakım ünitesinde sık görülen enfeksiyonların önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar. 2010; 13(4):65-71.

Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2004; 4(3):179-85.

Akdemir NB. Hastaların yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013. Ankara:

Akıncı SB. Kritik hastada hemodinamik monitörizasyon. Yoğun Bakım Dergisi 2003;3(1):5-21.

Akıncı SB, Kanbak M, Güler A ve ark. Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. Türk Anest Rean Der Dergisi 2007;35(5):320-28.

Aydinoğlu B. Yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. Yoğun Bakım Dergisi. 2007;7(1):26-30.

Bayrak-Kahraman B, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(4):236-43.

Besler T, İnanç N. Enteral ve parenteral nütrisyon. Diyetisyen el kitabı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.

Can G. Mekanik ventilasyon ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 1998;2(2):88-93.

Cazorla C, Cravoisy A, Gibot S, Nace L, Levy B, Bollaert PE. Patients' perception of their experience in the intensive care unit. *Presse Med* 2007;36(2 Pt 1):211-6.

Cook DJ, Meade MO, Perry AG. Quantitative studies on the patient's experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest*. 2001;120(6 Suppl):469-73.

Çam R, Dönme YC, Demir F. Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2008;12 (1-2): 17-22.

Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11(2):96-101.

Çelikel T. Dünyada ve Türkiye'de yoğun bakım uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2001;1(1):5-9.

Çınar S, Barlas UG, Alpar ŞE. Stressor and coping strategies in hemodialysis patients. *Pak J Med Sci*. 2009;25(3):447-52.

Çınar-Yücel Ş. Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;4(1):147-81.

Dedeli Ö, Durmaz-Akyol A. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008;12(1-2):26-32.

Demir Y, Korhan E, Eşer İ, Khorshid L. Reliability and validity study of the intensive care experience scale. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2009;1(1):1-11.

Durna Z, Can G, Özcan Ş. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda koroner yoğun bakım stresörlerinin ve stres düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 1997;1:25-31.

Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Turkiye Klinikleri J Nurs* 2009;1(1):24-31.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. <http://www.npuap.org/>

Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. JMIP Study Group. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*. 2005;9:R96-109.

Gök F ve Yosunkaya A. Yoğun bakımda hemodinamik monitörizasyon. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2012;5(1):1-13.

Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. 2009;13(1):40-6.

Hofhuis JGM, Spronk PE, Van Stel HF, Schrijvers Rommes JH, Bakker J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensi ve Crit Care Nurs*. 2008;24(5):300-13.

Hupcey JE, Zimmerman HE. The need to know: Experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 2000;9(3):192-99.

Kaçmaz N. Yoğun bakım hastalarının psikolojik sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2002;6:75-81.

Koçaşlı S. Yoğun bakım hastalarında beslenme. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2013;1(1):55-62.

Leur J, Schans C, Loef B, Deelman B, Geertzen J, Zwaveling J. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*. 2004;8: 467-473.

Löf L, Berggren L, Ahlström G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay-3 and 12 months after discharge. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(3):154-66.

Maadox M, Dunn, SV, Pretty EL. Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17: 6-15.

Misak CJ. The critical care experience. A patient's view. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170: 357-359.

Moral AŞ, Uyar M. Yoğun bakımda nütrisyon desteği. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2006; 4(1):6-12.

Öz H, Meyancı-Köksal G. Mekanik ventilasyon. *Solunum.* 2006;8(1):37-46.

Özdemir L. Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2010;1:5-12.

Özdemir-Kumbasar Ö. Yoğun bakımda profilaksi, 2007. <http://www.toraks.org.tr/sunumerkezi/?s=283A395F3F24363B2B2435205E5A37> (set:20.11.2014).

Özer N, Akyıl R. The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2005;25:4; 71-8.

Özşaker E, Okgün Alcan A, Demir Korkmaz F. Yaşlı hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013;16 (4) 408-13.

Özveren H. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2010;92-99.

Özyazıcıoğlu A, Kızılkaya M, Koçoğulları C. İnvaziv monitörizasyon. *AUTD.* 2001;33:1-5.

Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(1):10-20.

Polat MG. Yoğun bakımda fizyoterapi uygulamaları. *Turkish J of Intensive Care Med.* 2007;7(3): 359-61.

Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahoe M, Pinsky MR. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(4):746-52.

Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs.* 1999;29:783-91.

Rattray J, Johnston M, Wildsmith JAW. The intensive care experience development of the ice questionnaire. *J Adv Nurs.* 2004;47(1): 64-73.

Sargın G, Tanrıverdi Ö. Radyal arter kateterizasyonuna kısa bir bakış. *Haseki Tıp Bülteni* 2011;49: 93-5.

Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Dal D, Aypar Ü. Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2005;36:86-90.

Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 1999;3:22-6.

Simini B. Patients' perceptions of intensive care. *Lancet.* 1999;354:571-2.

Söyük S, Ören B, Yürügen B. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı yoğun bakım ünitesinde hasta tatmininin ölçülmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2001;5:12-5.

Stein-Parbury J, McKinley S. Patient's experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. Am J Crit Care. 2009;9:20-7.

Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: Ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(1):27-31.

TC. Sağlık Bakanlığı Genelgesi (2008). Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7063/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>. (set:17.11.2014).

TC. Sağlık Bakanlığı 8 Mart 2010 Hemşirelik Yönetmeliği. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011.aspx> (set:18.11.2014).

Tel H, Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2009;13(1): 24-29

Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg 2011a;1: 21-5.

Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim. 2011b;9(1):34-45.

Tosun N, Yava A, Ünver V, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Uzun süreli mekanik ventilasyon tedavisi alan hastaların deneyimleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(3):648-58.

Tunçay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;33-46.

Topeli A. Yoğun bakım ünitesinde beslenme. Yoğun Bakım Dergisi. 2001;1(1):11-20.

Topeli-İskit A. Yoğun bakım ünitelerinin yapılanması. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005, Ankara. <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2005/1-05.pdf> (set:17.11.2014).

Topeli-İskit A. Yoğun bakım hastası. Yoğun Bakım Dergisi. 2007;7(1):9-10.

Turner JS, Briggs SJ, Springhorn HE, Potgieter PD. Patients' recollection of intensive care unit experience. Crit Care Med 1990;18:966-8.

Ursavaş A, Özyardımcı N. Akut solunum yetmezliklerinde noninvaziv mekanik ventilasyon. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;29(3):55-9.

Utku T. Noninvaziv mekanik ventilasyon. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2006;3(1): 24-9.

Uyar M, Akın-Korhan E. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Ağrı. 2011;23(4):139-46.

Uzelli D, Akın- Korhan E. Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. F.N. Hem. Derg. 2014;22(2):120-8.

Uysal H. Oksijen tedavisi ve hemşirelik bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012;1(1):28-34.

Vassiliou A. Eğitim çıktılarında cinsiyet farklılıkları: Avrupa'da alınan tedbirler ve mevcut durum, 2010. <http://www.eurydice.org> (set:22.03.2015).

Yavuz M. Liderlik kadınların ruhunda var, 2014. <http://www.reemnp.com/liderlik-kadınların-ruhunda-var> (set:22.03.2015).

Yurdalan SU. Yoğun bakım ünitelerinde güncel fizyoterapi yaklaşımları. MÜSBED 2011;1(3):196-201.

Yüceer S, Demir SG. Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. Dicle Tıp Dergisi. 2009;36(3):226-32.

Zaybak A, Yapucu-Güneş Ü. Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2010;26(2):17-26.



10. EKLER

EK-1 Anket Formu

EK-2 Yoğun Bakım Deneyimleri Ölçeği'nin yazar izni

EK-3 Etik Kurul İzni

EK-4 Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

Başhekimlik izni

EK-5 Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Kurumu izni



Ek-1
HASTA TANITIM FORMU

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış yanıt bulunmamaktadır. Önemli olan sizin kişisel görüşlerinizdir. Anketi eksiksiz doldurulmanız analiz edebilmemiz için önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Esra ADSAY

Tarih:

Katılımcı No:

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
 Evli Bekar Diğer.....
- 4.Eğitim durumunuz nedir?
 Okur-yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise
Mezunu
 Fakülte / Yüksekokul Yüksek Lisans / Doktora
- 5.Mesleğiniz nedir?
 Memur Ev hanımı Serbest İşçi Emekli İşsiz
 Diğer.....
- 6.Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 Gelir giderden az Gelir giderden fazla Gelir gidere denk
- 7.Sosyal güvenceniz var mı?
 Yok Var
8. Hangi yoğun bakım ünitesinde yattınız? (kardiyoloji, cerrahi, dahiliye vb).....
9. Yoğun bakım ünitesinde ne kadar süre yattınız?.....
10. Yoğun bakım ünitesine yatış nedeniniz/tıbbi tanınız neydi?.....
11. Yoğun bakım ünitesine kaç kere yattınız?.....

YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim					
2. Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim.					
3. Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde ölebileceğimi düşündüm.					
4. Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültülüydü.					
5.Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum.					
6.Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim.					
7.Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum.					
8.Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim.					
9.Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık.					
10.Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum.					
11.Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.					
12.Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm.					
13.Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.					

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14. Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.					
15.Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.					
16. Yoğun bakımda kendimi güvende hissettim.					
17.Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm.					
18.Yoğun bakımda ihtiyaçlarımı karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum.					
19.Yoğun bakımda iken yakınlarımın yokluğunu çok hissettim.					

Ek-2

(7 unread) - ozdendedeli - Yahoo Mail Sayfa 1 / 1

Home Mail News Sport Finance Lifestyle Celebrity Weather Screen Answers Flickr Mobile More

Search Mail Search web Home ozdzen

Compose Search results Delete Move Spam More Collapse all

Inbox (7) Drafts (1) Sent Spam (11) Trash (33) Smart views Unread Starred People Social Travel Shopping Finance Folders Recent

olcekracasi(2) People %60

me Sayın Korhan, Geceçerlik ve güvenirligi tarafie 27 Jan 2014

esra akın korhan 29 Jan 2014

To: me

Sayın Dedeli,

Geceçerlik ve güvenirligi tarafımızdan çalışılmış olan "Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve açıklamaları ekte yer almaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (www.ikc.edu.tr)
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Aydınlıklar Mah. Cemil Meriç Cad.
6780 Sok. No:48
35640 Cigli-İZMİR
Tel : (232) 325 05 35
Fax: (232) 386 08 88

Show message history

yoğun bakım dene... .doc View Download

Reply, Reply all or Forward | More

Click to Reply All

Send

T B I A

Ek-3

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	16/04 / 2014 / 20478486 - 167				
ARAŞTIRMANIN ADI	Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM – CBÜ. Sağlık Yüksekokulu				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Esra ADSAY				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Selda BERKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan					

Ek-4



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği



Başhekimlik Yazı İşleri
SAYI : 61804347-660/1363
KONU: Araştırma Onayı

22.1.2014

Sayın. Yrd.Doç.Dr. Özden Dedeli Çaydam
(İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi)

İLGİ: 18/03/2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ile Başhekimliğimiz izni istenilen Esra Adsay'ın "Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Denetimlerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışması, Bilimsel Etik Kurul çalışmalarının tamamlanması ve söz konusu aşama sonrasında geçerli olma kaydı ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT
Başhekim

Ek-5



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - MANİSA İLİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
MANİSA KHB EĞİTİM HİZMETLERİ
KOORDİNATÖRLÜĞÜ
20.05.2014 17:34 - 2014.1216849.183 / 774.07
0000121814

Sayı : 61763929/774.07
Konu : Tez Çalışması/ Esra ADSAY

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 14.05.2014 tarihli ve 519.2014.1216794.2.4381 sayılı yazısı.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Esra ADSAY'ın "Yoğun Bakımdan Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Genel Sekreterliğimize bağlı Manisa Devlet Hastanesi Sağlık Tesisinde yapılması uygun görülmüş olup; ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, araştırma sonucu ile ilgili Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Halil KAŞALTI
İdari Hizmetler Başkanı

Dağıtım:
Manisa Devlet Hastanesi Yöneticiliği
Cbü Sağlık Bilim Entitüsü

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
GELEN EVRAK'IN	
Kayıt Tarihi:	30.05.2014
Kayıt No:	684
Dosya No:	

Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı
A tılı bilgi için: 02362351540

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0d626505-b833-40d4-8806-9cd4d9e34d7f kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı	ESRA	Soyadı	ADSAY
Doğum Yeri	Çanakkale	Doğum Tarihi	01.08.1980
Uyruğu	T.C.	Tel	507 946 43 58
E-mail	esr_2009@windowslive.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003
Lise	Ankara İbni Sina Lisesi	1998

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Yoğun Bakım Hemşiresi	Manisa Akhisar Devlet Hastanesi	2004-2008
Yoğun Bakım Hemşiresi	Manisa Devlet Hastanesi	2008-.....

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	45							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68	67	66
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

EK : Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildiri)