



**T.C.**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN**  
**HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIM**  
**GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**GÖZDE KARA**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ**

**2018-İSTANBUL**



**T.C.**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN**  
**HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIM**  
**GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**GÖZDE KARA**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ**

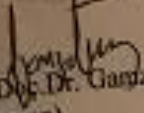
**JÜRİ ÜYELERİ**  
**Doç. Dr. NURTEN KAYA**  
**Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ**  
**Yrd. Doç. Dr. GÜLÜMSER ARÇA**

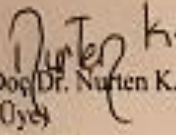
**2018-İSTANBUL**

## TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

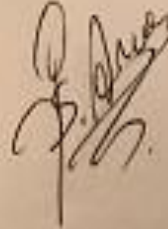
17 Ocak 2018

Yüksek Lisans öğrencisi Gözde KARA, Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda hazırlanmış olduğu "Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI /BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ/ OYÇÜKÜNLÜĞÜ ile KABUL/DÜZELTME/RED kararı verilmiştir.

  
Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ  
(Danışman)

  
Doç. Dr. Nuriye KAYA  
(Üye)  
(Başkan)

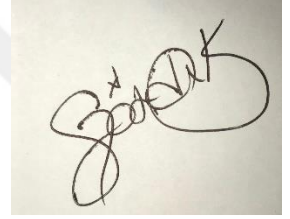
Yard. Doç. Dr. Gülümser ARÇA  
(Üye)



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün ilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine tezin çalışması ve yazım sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gözde KARA



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sũresince tezimin planlanması, yũrũtũlmesi ve hazırlanması aőamalarında titiz çalıőmalarıyla bana ȳnderlik eden, desteğini, yardımını ve bilgisini esirgemeyen, her daim beni sabır ve anlayıőla yȳnlendiren değerli hocam Yard. Doç. Dr. Gamze Temiz' e;

Çalışmanın istatistiksel analizinde ve yorumlanmasında bilgi ve tecrũbesi ile rehberlik eden değerli hocamız Onur MENDİ'ye

Verilerin toplanması aşamasında anketleri içtenlikle cevaplayan Şişli Florence Nightingale Hastanesi Yoğun Bakım Őnitelerinde tedavi gȳrmũő-gȳrmekte olan hastalara ve meslektaőlarıma,

Beni bugũnlere getiren, tũm yaőamım boyunca ȳzveri ile her konuda desteklerini asla esirgemeyen, her zaman arkamda hissettiğim, meslek yaőamımda ilerlememde en bũyũk destekçilerim olan canım annem Fatma KARA' ya, canım babam Yavuz Selim KARA'ya, biricik kardeŐlerim Kũbra Nur Kara ve Alper Kara'ya

EN İÇTEN DUYGULARIMLA TEŞEKKÜR EDERİM.

Gȳzde KARA

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	4
4.1.MEKANİK VENTİLASYON TANIM.....	4
4.2.MEKANİK VENTİLASYON TARİHÇE.....	5
4.3.MEKANİK VENTİLASYON AMAÇLARI.....	6
4.3.1.Fizyolojik Amaçları.....	7
4.3.2.Klinik Amaçları.....	7
4.4.MEKANİK VENTİLASYON ENDİKASYONLARI.....	7
4.5.MEKANİK VENTİLASYON KONTRENDİKASYONLARI.....	9
4.6.MEKANİK VENTİLASYON UYGULAMA YÖNTEMLERİ.....	9
4.6.1.İnvaziv Mekanik Ventilasyon Ve Hemşirelik Girişimleri.....	10
4.6.1.1.Negatif Basıncılı Ventilasyon.....	10
4.6.1.2.Pozitif Basıncılı Ventilasyon.....	11
4.6.2.Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Ve Hemşirelik Girişimleri.....	11
4.7.MEKANİK VENTİLASYON KOMPLİKASYONLARI.....	13
4.8.MEKANİK VENTİLASYONUN SONLANDIRILMASI (WEANİNG).....	14
4.8.1.Mekanik Ventilatörden Ayırmada İzlenecek Yaklaşımlar.....	14
4.8.2.Mekanik Ventilatörden Ayırma Yöntemleri.....	16
4.8.2.1.T-tüp Yöntemi.....	16
4.8.2.2.Aniden Ayırma Yöntemi.....	16
4.8.3.Ekstübasyon.....	17

4.9.MEKANİK VENTİLATÖRDEN AYIRMA DA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	18
4.10.MEKANİK VENTİLYASYONDAKİ HASTALARIN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ.....	18
4.10.1.Bakım Gereksinimlerini Belirlemede Kullanılan Yöntemler.....	19
4.10.2.Yoğun Bakım Hastalarında Sağlık Bakım Gereksinimleri.....	20
4.10.3.Mekanik Ventilasyon Desteği Olan Hastalarda Temel Bakım Gereksinimleri Ve Hemşirelik Uygulamaları.....	22
4.10.3.1.Ağız Bakımı.....	23
4.10.3.2.Aspirasyon.....	24
4.10.3.3.Sedasyon Ve Ağrı Kontrolü.....	25
4.10.3.4.Pozisyon Verme.....	29
4.10.3.5.Hastanın Beslenmesi.....	29
4.10.3.6.Ventilatörle İlişkili Pnömoni'nin (VIP) Önlenmesi.....	30
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
5.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	34
5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	34
5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	34
5.4.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	35
5.5.VERİLERİN TOPLANMASI.....	36
5.5.1.Veri Toplama Yöntemi.....	36
5.5.2.Veri Toplama Araçları.....	36
5.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	37
6.BULGULAR.....	38
6.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	38
6.2.KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	42
6.2.1.Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	42
6.2.2.Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	44

6.3.HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	46
6.4.BAKIM GEREKSİNİMİ ANKETİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	48
7.TARTIŞMA.....	53
7.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	53
7.2.KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	53
7.3.HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	56
7.4.BAKIM GEREKSİNİMİ ANKETİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	57
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
9.KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	75
EK1:ÖZGEÇMİŞ.....	75
EK2:ETİK KURUL ONAYI.....	76
EK3:ANKET FORMU.....	78
EK4:TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI.....	87



## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ARDS</b>	Akut Respiratuar Distres Sendromu
<b>ET</b>	Endotrakeal Tüp
<b>GKS</b>	Glaskow Koma Skalası
<b>GIS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>İMV</b>	İnvaziv Mekanik Ventilasyon
<b>KGYAÖ</b>	KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
<b>KOAH</b>	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MV</b>	Mekanik Ventilasyon, Mekanik Ventilatör
<b>NIMV</b>	Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
<b>PEEP</b>	Positive End Expiratory Pressure (Pozitif Ekspirasyon Sonu Basınç)
<b>RASS</b>	Richmond Sedasyon Ajitasyon Skalası
<b>RSS</b>	Ramsey Sedasyon Skalası
<b>SAS</b>	Sedasyon Ajitasyon Skalası
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>SVO</b>	Serebrovasküler Olay
<b>VIP</b>	Ventilatörle İlişkili Pnömoni
<b>YBÜ</b>	Yoğun Bakım Ünitesi

**Yüksel Lisans Tez Projesi Numarası: HEM/YL/2492016**

## TABLolar LİSTESİ

		Sayfa No
Tablo 1	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=71)	38
Tablo 2	Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=71)	43
Tablo 3	Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı (N=71)	45
Tablo 4	Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı (N=71)	45
Tablo 5	KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanları İle Hastaların Yaşı Arasındaki İlişki (N=71)	46
Tablo 6	KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Karşılaştırılması (N=71)	47
Tablo 7	KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanları İle Hastaların Kronik Hastalık Süresi Arasındaki İlişki (N=71)	48
Tablo 8	Hastaların Bakım Gereksinimi Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=71)	49
Tablo 9	Hastaların Olumlu Yanıt Verdikleri Sorularda Bakımın Derecelendirilmesine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=71)	50

## 1. ÖZET

### **Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin Adı:** Gözde KARA

**Danışmanı:** Yrd. Doç. Dr. Gamze Temiz

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik

**Amaç:** Bu çalışma mekanik ventilasyon uygulanan hastaların günlük yaşam aktivitesi, hemşirelik bakım gereksinimleri ve bu gereksinimlerin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi amacıyla planlandı ve uygulandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma vakıf ünitesine bağlı özel bir hastanede yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon destek tedavisi almış, araştırmaya katılmayı kabul eden 71 hasta ile tanımlayıcı olarak yürütüldü. Veriler kurum izni ve etik kurul onayı alınarak anket formu ile toplandı. Anketler SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puan ortalamasının  $11,63 \pm 3,314$  olduğu, buna göre hastaların yarı bağımlı gruba girdiği tespit edildi. Araştırmaya katılan hastaların ihtiyaç duydukları konularda hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Buna göre; hastaların hemşirelik bakımına çok güvendikleri, verilen hemşirelik bakımının ilaç tedavisi almayı orta düzeyde etkilediği, beslenme sorunlarını orta düzeyde azalttığı, bu uygulamalar esnasında hemşirelerden orta düzeyde bilgi alabildikleri, hastalığa bağlı ağrı ve bulantı-kusmanın giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının çok yardımcı olduğu, hemşirelerin bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlere çok uygun davrandığı, bakımla ilgili açıklayıcı bilgi verdikleri, uygulamalar esnasında çok samimi oldukları ve orta düzeyde etkili iletişim kurdukları, mahremiyeti korumaya çok özen gösterdikleri ve hemşirelik bakım uygulamalarına ailelerin katılımını sağladıkları belirlendi.

**Sonuç:** Hemşirelerin, mekanik ventilasyon destek tedavisi almış olan hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılmasına ihtiyaç vardır. Bunun için yoğun bakım hemşirelerinin konu ile ilgili teorik eğitimlerinin yanı sıra, görsel öğrenme teknikleri ve simülasyon uygulama yöntemleri kullanılarak bilgileri pekiştirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Mekanik Ventilasyon, Hasta, Hemşirelik, Bakım, Gereksinim

## **2. SUMMARY**

### **Evaluation of Nursing Care Needs in Patients with Mechanical Ventilation**

**The Name of the Student:** Gözde KARA

**Supervisor:** Gamze TEMİZ Asist. Prog.

**Department:** Nursing

**Aim:** This ventilation study was planned and implemented to show the daily activities of the mechanically operated patients, nursing care requirement and the extent to which these requirements are met.

**Materials and Methods:** The study was conducted as a descriptive study with 71 patients who received mechanical ventilation support treatment in intensive care units in a private hospital connected to the foundation unit and agreed to participate in the study.

The data were gathered by questionnaire form with approval of the institution and approval of the ethics committee. The questionnaires were evaluated using the SPSS 22.0 program.

**Findings:** It was determined that the average score of the KATZ daily living activities scale of the participating patients was  $11,63 \pm 3,314$ , according to which the patients entered the semi-dependent group. There was a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ), for patients who participated in the research, between the answers given to the questions about meeting the nursing care needs in the subjects they needed.

According to this; It is shown that patients are very confident in nursing care, nursing care given has moderate effect on taking medication, moderate nutritional problems, patients can receive information from the nurses at the intermediate level during these applications, nursing practice is very helpful in relieving pain and nausea-vomiting related to illness, when nurses fulfill their care practices patients behaved very appropriate to their opinions and values, nurses give explanatory information about the care, nurses are very friendly and have moderate effective communication during the applications, nurses have been very careful to protect privacy and have enabled their families to participate in nursing care practices.

**Result:** It is important for nurses to understand determination of the care needs of patients who received mechanical ventilation support therapy and need to increase their level of knowledge about meeting these requirements.

To do this, intensive care nurses should be encouraged to use their visual learning techniques and simulation application methods as well as their theoretical training on the subject.

**Key Words:** Mechanical Ventilation, Patient, Nursing, Care, Requirement

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Mekanik ventilasyon; vücudun yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek için gerekli olan oksijenin karşılanamaması durumunda akciğerlerin kollabe olmasını önlemek, ventile edilmesini sağlamak ve kanı yeterince oksijenlendirmek için geliştirilmiş özel aygıtlardır. Mekanik ventilasyonun amacı homeostazisi sürdürmeye yardımcı olmaktır. Akut solunum yetersizliği, koma gibi yaşamı tehdit eden durumlarda uygulanmaktadır.

Mekanik ventilasyon uygulanan hasta, aynı zamanda sedatize de edildiği için bakım gereksinimleri yönünden hemşireye tam bağımlıdır. Bu tip hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi, gereksinimlerinin sınıflanması ve bu gereksinimlerin karşılanması için bakım planının oluşturulması ve yönetilmesi yoğun bakım hemşiresinin primer görevleri arasındadır. Günümüzde bu gereksinimleri belirlemek amacıyla kullanılmakta olan birçok ölçek mevcuttur. Ölçeklerden elde edilen veriler hemşire tarafından hastanın bağımlılık düzeyine göre sınıflanmaktadır. Böylece hasta bakımını üstlenmiş olan yoğun bakım hemşiresi hastaların önceliklerini belirleyebilmektedir. Gereksinimlerin detaylı olarak saptanması hastanın biyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarının göz ardı edilmemesini önlemek açısından oldukça önemli ve hayat kurtarıcıdır.

Bu doğrultuda çalışmamız mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptanması, gereksinimlere yönelik hemşirelik problemlerin oluşturulması ve çözümü için hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. MEKANİK VENTİLASYON TANIM

Yaşamı tehdit eden durumlarda yoğun bakıma yatırılan hastaların, fizyolojik fonksiyonlarının ölçülmesi, denetlenmesi ve düzenlenmesi amacıyla tedavinin yanı sıra yaşam destek mekanizmaları kullanılmaktadır. Bu desteklerden biri de mekanik ventilasyon yöntemidir (Korhan, 2012). Mekanik ventilasyon (MV), solunum yetmezliği tedavisinde hayat kurtarıcı bir yöntemdir (Uysal, 2005).

Mekanik ventilasyon tanımı ilk olarak 1555 yılında Andreas Vesalius tarafından; “Trakea'nın gövdesine bir pencere açılmalı, buraya kamış bir tüp yerleştirilmeli ve sonra da buradan üflenerek akciğerler tekrar yükseltilmeli, kalp güçlü hale getirilmeli” olarak tanımlanmıştır. İlk ventilasyon uygulaması 1955 yılında İsveç'te polio epidemisi sırasında uygulanmıştır (Kalkan, 2012).

Günümüzde MV; “Ventilasyon ve oksijenizasyon yetersizliği durumlarında, bu duruma neden olan patoloji ortadan kalkıncaya kadar, akciğerlerin kollabe olmasını önlemek, ventilasyonunu sağlamak ve kanı yeterince oksijenlendirmek amacıyla özel cihazlar kullanılarak akciğerlerin dışarıdan havalandırılması olarak tanımlanmaktadır.” Bir başka deyişle MV; solunum yetmezliğinde, toraks duvarına veya üst hava yoluna atmosferik ortamla bir basınç gradiyenti oluşturacak şekilde sürekli veya aralıklı olarak pozitif veya negatif basınç uygulanmasıdır (Uysal, 2005).

MV, hayati fonksiyonlarının sürdürülmesi, altta yatan primer hasarın tedavi edilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla, yoğun bakım ünitelerinde kullanılan bir yaşam destek ünitesidir (Kalkan, 2012).

MV, spontan solunumun gerçekleştirebilene kadar eksternal araçlar kullanılarak hastanın akciğerlerinde gaz değişiminin sağlanması olarak da tanımlanmaktadır (Çelik, 2006).

MV destek tedavisi, çoğu kritik hastalık durumunda yoğun bakım ünitelerinde yatış endikasyonunu oluşturur. Bu destek tedavi kritik hastalık

durumlarında hayat kurtarıcı olmasının yanında uygun şekilde kullanılmazsa hastaları ölüme kadar götüren komplikasyonlara yol açabilir (Türkoğlu, 2015).

Ülkemizde, MV uygulamasına başlanması, sürdürülmesi, sonlandırılması hekimin sorumluluğunda olup hastayı bu süreçte yakından takip eden, hastada oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve erken dönemde fark edilmesinde sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Türkmen, 2005).

MV uygulaması, çeşitli nedenlere bağlı olarak akut solunum yetmezliği gelişen hastalarda solunum kaslarını rahatlatmak, iş yükünü azaltmak amacıyla özellikle yoğun bakım ünitelerinde sık kullanılan bir yöntemdir (Türkmen, 2005).

MV uygulaması birçok hastada hayat kurtarıcı bir uygulama olmasının yanında yüksek kalitede verilen hemşirelik bakımı ile olası komplikasyonların önlenmesinde, MV desteğine neden olan hastalığın tedavi edilip en kısa sürede sonlandırılması ve hastaların yoğun bakım ünitelerinde kalış sürelerinin kısaltılmasında etkin olmaktadır (Çelik, 2006).

MV tedavisi yoğun bakım ünitelerinde sık uygulanan, maliyeti yüksek teknoloji olan bu yöntem, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan bir işlemdir. Bu tedaviyi uygulama amaçları; solunum iş yükünü azaltmak, gaz değişimini desteklemek ve solunum yetersizliğine yol açan nedenleri tedavi etmek için zaman kazanmaktır. Yapılan araştırmalarda MV uygulanan hastalarda mortalite oranı %30 seviyelerindedir (Dikmen, 2012).

## **4.2. MEKANİK VENTİLASYON TARİHÇE**

Ventilasyonun gelişimi Hipokrat'ın havayı bilimsel olarak değerlendirmesi ile başlamıştır. Hipokrat suda boğulma vakalarında hastayı yaşatmak için nefes borusu yoluyla hava gönderilmesi gerektiğini bildirmiş ve 18. yüzyılda bu uygulama suni solunum tedavisinin başlangıcı olmuştur. 150 yıl sonra ilkel mekanik ventilatörlerin gelişimi ile otomatik suni solunum yapılmaya başlanmıştır (Kaplan, T. Ve Han, S, 2014).

Mekanik ventilatörlerin gelişiminde ilk olarak negatif basınçlı ventilatörler rol oynamıştır. Mekanik ventilatör uygulamalarının temelini oluşturan negatif basınçlı ventilatörler 1832 yılında Dalziel tarafından geliştirilmiştir. Bu ventilatör Drinker ve Shaw tarafından 1929 yılında geliştirilerek çelik akciğer görüntüsünü almıştır (Dikmen, 2012).

Modern anlamda ilk MV, Danimarka ve İsveç’ de ortaya çıkan polio epidemilerinde Engström tarafından geliştirilen pozitif basınçlı ventilatörlerdir. Polioya bağlı gelişen mortalite, trakeostomi ve pozitif basınçlı ventilasyon uygulaması ile %80’ den %20’ ye düşürmüştür.

1950’li yıllar pozitif basınçlı ventilatörlerin klinikte kullanılmaya başlandığı yıllardır. Sonraki yıllarda, akut solunum yetmezliğinin tedavisinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Dikmen, 2012).

Solunum yetersizliklerinin fizyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalar sonucu edinilen bilgiler ile mekanik ventilasyon uygulama yöntemleri değişmiştir. 1980’ den itibaren mikroişlemci ventilatörler hızla yaygınlaşmış, yeni modlarla günümüze kadar gelinmiştir. Özellikle mikroişlemci teknolojisinin mekanik ventilatörlere yerleştirilmesi sonucunda, inspirasyon akımının şeklinin kontrolü sağlanmıştır (Dikmen, 2012).

Mekanik ventilatörler, inspirasyon kaslarının işlevini yerine getiren veya yardımcı olan bir destek tedavi aygıtıdır. Bu destek tedavi aygıtı, inspirasyon esnasında, alveollere doğru yeterli gaz akımı oluşmasını sağlamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların etkin tedavisinde kullanılmasının yanı sıra akciğerlerde oluşan basınç değişiklikleri, fizyolojik durumun tam tersine olan bu uygulamanın etkin tedavide kullanılabilmesi ve neden olabileceği zararların engellenebilmesi için mekanik ventilasyon uygulamasına, kritik hasta bakımına dair birçok özelliğin çok iyi bilinmesi gerekmektedir (Dikmen, 2012).

### **4.3. MEKANİK VENTİLASYONUN AMAÇLARI**

Mekanik Ventilasyon’un genel amacı; solunum yetersizliği olan hastalarda, solunum işlevi düzelene kadar istediğimiz parametrelere göre, cihaz desteği ile vücut



organ ve dokularına oksijen transferini sağlamak ve oksijenizasyonu arttırmaktır (Bacakoğlu,2002).

#### **4.3.1. Fizyolojik Amaçları**

- ✓ Akciğer gaz değişimini desteklemek veya sağlamak,
- ✓ Akciğer volümünü arttırmak,
- ✓ Solunum işini azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Solunum kaslarını dinlendirmek.).

#### **4.3.2. Klinik Amaçları**

- ✓ Hipoksiyi düzeltmek (spO<sub>2</sub>>%90),
- ✓ Akut solunumsal asidozu düzeltmek,
- ✓ Solunum kaslarının güçsüzlüğünü düzeltmek,
- ✓ Atelektazileri önlemek veya ortadan kaldırmak,
- ✓ Solunum kasları yorgunluğunu ortadan kaldırmak,
- ✓ Sedasyon veya kas gevşemesine izin vermek,
- ✓ Sistemik veya miyokardiyal oksijen tüketimini azaltmak,
- ✓ Kafaiçi basıncı düşürmek,
- ✓ Toraks duvarını stabilize etmektir (Yelken göğüs) (Bacakoglu, 2002).

### **4.4. MEKANİK VENTİLASYON ENDİKASYONLARI**

Günümüzde MV, teknolojinin gelişmesi ve insan fizyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla, yoğun bakım ünitelerinde tedavinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın MV desteğine gereksinimi olup olmadığı her gün subjektif kriterler ve objektif ölçümlerle değerlendirilmektedir (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun Bakım Ünitesi' nde (YBÜ) bireyin solunum güçlüğu yaşama durumu, solunum aktivitesinde yardımcı araç-gerece, MV destek tedavisine gereksinimi, solunum/dakika sayısı, satürasyonu, uygulanan MV cihazına uyum durumu, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal sekresyonların niteliği,

MV' dan ayrılabilme vb. durumu günlük olarak değerlendirilmektedir (Terzi Ve Kaya, 2011).

MV endikasyonları reversibl solunum yetmezliği olup ventilasyona ve oksijenizasyon yetmezliğine bağlıdır. Ventilasyon bozukluğuna bağlı olarak gelişen solunum yetmezliği birçok farklı patolojilerden, oksijenizasyon yetmezliğine bağlı olarak gelişen solunum yetmezliği ise akciğer patolojilerinden kaynaklanmakta olup, bu bozukluklar MV uygulaması ile düzeltilebilir (Kaya, 2016).

### **Genel Fiziopatolojik Endikasyonlar;**

- ✓ Solunum durması,
- ✓ Ciddi solunum yetmezliği klinik bulguları (bilinç kaybı, hızlı yüzeysel solunum, zorlu solunum.)
- ✓ Yetersiz alveolar ventilasyon,,
- ✓ Yetersiz arterial oksijenizasyon,
- ✓ Solunum patterni veya fonksiyonunun kontrol edilmesi gereken durumlar,
- ✓ Tanısal, cerrahi ve terapotik işlemlerdir (Dikensoy, 2006).

### **Sık Rastlanan Klinik Endikasyonlar;**

- ✓ Sepsis,
- ✓ Pnömoni,
- ✓ Serebrovasküler Olay (SVO) ile birlikte şuur bozukluğu,
- ✓ Aspirasyon pnömonisi veya aşırı sekresyon,
- ✓ KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) Alevlenmesi,
- ✓ Kardiyopulmoner Arrest,
- ✓ Kardiyojenik Pulmoner Ödem,
- ✓ GIS Kanama,
- ✓ Pulmoner Emboli,
- ✓ ARDS (Akut Respiratuar Distres Sendromu)
- ✓ Göğüs-Kafa Travmasıdır (Uysal, 2005).

## 4.5. MEKANİK VENTİLASYON KONTRENDİKASYONLARI

Mekanik ventilasyon uygulamasının pek çok avantajı olmasına rağmen kontrendike olduğu durumlarda söz konusudur.

Noninvaziv mekanik ventilasyon kontrendikasyonları;

- ✓ Hastanın bilinç düzeyinde bozulma,
- ✓ Ciddi ajitasyon,
- ✓ Bol sekresyon varlığı,
- ✓ Kontrol edilemeyen kusma,
- ✓ Hava yolunun korunamaması,
- ✓ Kardiyak arrest,
- ✓ Üst hava yolu obstrüksiyonu,
- ✓ Hastanın noninvaziv ventilasyon tedavisini red etmesi,
- ✓ Koopere olmayan hasta,
- ✓ Ciddi hemodinamik instabilite,
- ✓ Tekrarlayan hemoptizi ve hematemez,
- ✓ Akut miyokard infarktüsü,
- ✓ Hastanın yüzünde travma olmasıdır (Uysal, 2005).

## 4.6. MEKANİK VENTİLASYON UYGULAMA YÖNTEMLERİ

MV desteği olan hastalar solunum problemlerinden dolayı kritik hasta grubuna dahil edilmektedir (Aktas ve Karabulut, 2014).

Solunum yetmezliği yoğun bakım hastalarında sık görülür. Hastanın solunum fonksiyonlarının düzelmesini desteklemek amacıyla pozitif basınçlı ventilasyon, noninvaziv veya invaziv olarak uygulanmaktadır (Karakurt, 2011).

Solunum yetmezliği tedavisinde mekanik ventilatör uygulaması esnasında hava yolu endotrakeal tüp ya da trakeostomi tüpü ile stabilize edilirse invaziv, yüz ya da nazal maske ile sağlanıyorsa non-invaziv yöntem olarak adlandırılmaktadır (Karakurt, 2011).

#### **4.6.1. İnvaziv Mekanik Ventilasyon ve Hemşirelik Girişimleri**

İnvaziv mekanik ventilasyon (İMV), yaşamsal bir fonksiyon olan solunum işlevinin, trekeaya yerleştirilen entübasyon tüpüyle ve yapay ventilatör cihazı ile sürdürülmesidir. İMV sadece pozitif basınçlı olarak uygulanmaktadır (Türkoğlu, 2015).

Hava yolu açıklığını korunamayan veya akciğerlerinde yeterli gaz alışverişi olmayan hipoksik veya hiperkapnik seyreden hasta gruplarında İMV ihtiyacı mevcuttur. Solunum distressi, akut solunum yetersizliğine neden olabileceğinden bu hastaların yakın takibi yapılmalı ve gerektiğinde elektif şekilde bakım ve tedavileri uygulanmalıdır. Bu nedenle bu hastaların takibinde primer görevi olan yoğun bakım hemşirelerine önemli roller düşmektedir. (Türkmen, 2005).

Yoğun bakım hemşireleri; ailenin eğitimi, aspirasyon, beslenme, pozisyon değişimi, hijyen uygulamaları, ventilasyon ayarlarının takibinde rol oynamaları, hastanın yanında sürekli bulunmaları nedeniyle ventilasyon tedavisinde etkin rol oynamaktadırlar (Türkmen, 2005).

##### **4.6.1.1. Negatif Basınçlı Ventilasyon**

Negatif basınçlı ventilasyon uygulamasında intratorasik basınç negatiftir, kapalı bir boşluğa toraksın hapsedilmesi yöntemidir. Negatif basınçlı ventilatörler, atmosfer basıncından düşük basınç oluşturarak havanın akciğerlere iletimiyle inspirasyon, göğüs üzerindeki negatif basıncın kaldırılmasıyla ekspirasyon gerçekleşir. KOAH hastalarında gece saatlerinde uygulanabilen yararlı yöntemdir. Negatif basınçlı ventilasyon, hem toraks hem de abdominal bölgeye basınç uygulamasıyla batın içerisindeki organlarda kanlanma bozukluğu ve kalbe venöz dönüşte azalma meydana getirebilir (Dikensoy, 2006).

Negatif basınçlı ventilasyon, oksijenizasyon sağlamaz, sadece ventilasyon sağlar. Hava yolunda aşırı sekresyon birikimi nedeniyle havayolu açıklığının korunması zordur (Dikensoy, 2006).

#### 4.6.1.2. Pozitif Basıncı Ventilasyon

Havanın akciğerlere geçişi suyun akışına benzer, yüksek basınçtan düşük basınçlı tarafa doğru akış gerçekleşir. Spontan solunumda göğüs içi basınç negatifleşir, alveoler basınç atmosfer basıncının altına düşerek alveollere doğru gaz geçişi sağlanır. Pozitif basınçlı ventilasyonda ise ağız içindeki basınç alveoler basıncın üstüne çıkarılarak alveollere doğru gaz geçişi sağlanır (Uçgun, 2008).

Pozitif basınçlı ventilasyonda intratorasik basınç pozitiftir. Bu uygulamada entübasyon veya trakesotomi yöntemi ile hava yolu açıklığı sağlanır ve akciğerlere doğru gaz akımı sağlanır. Pozitif basınçlı ventilasyon, hastanın durumuna göre tam veya kısmi olarak uygulanmaktadır. Pozitif basınçlı ventilasyonda amaç oksijenizasyonu iyileştirmektir. Bu uygulamada hastaya hava iletilirken ağızda basınç değeri pozitif alveollerde sıfırdır, bu basınç gradiyenti oluşumu sonucunda hava alveollere ulaşır ve böylece alveollerde pozitif basınç oluşarak inspirasyon gerçekleşir. İspirasyon sonunda ventilatörün pozitif basınç uygulaması durur ve ağız içerisinde basınç sıfır, alveollerdeki basınç pozitiftir, bu basınç gradiyenti sonucu ekspirasyon sağlanmış olur.

Pozitif basınçlı ventilasyon da amaç;

- ✓ Atelektazilerin düzeltilmesi,
- ✓ Açık alveollerin genişletilmesi diğer bir deyişle distansiyonu,
- ✓ İnterstisyum da biriken sıvının itilerek alveollerden kapillere kolay geçişi,
- ✓ İspirasyon sırasında verilen basınç ile solunum kaslarını dinlendirmektir (Karakurt, 2011).

#### 4.6.2. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon ve Hemşirelik Girişimleri

Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV), hastaya endotrakeal tüp ya da trakeostomi olmadan, yüz ya da nazal maske ile uygulanan bir tedavi yöntemidir (Karakurt,2011).

Akut solunum yetmezliği olan hastalarda NIMV ilk olarak 1990'ların başında kullanılmıştır. Son yıllarda yoğun bakımda kullanımı hızla yaygınlaşmıştır. İnvaziv

ve noninvaziv MV arasındaki temel fark NIMV’da endotrakeal tüp yerine maske kullanılmasıdır.

NIMV, mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastada, invaziv entübasyon öncesi hastanın klinik tablosu stabil hale getirilmelidir. NIMV, invaziv mekanik ventilasyona göre yoğun bakım dışında (acil servis, ara yoğun bakım, ev gibi) sedasyona gerek olmadan uygulanabilir, hasta kendi kendine beslenebilir, sekresyonlarını kendi çıkarabilir ve çevre ile iletişimi iyidir (Karakurt, 2011).

NIMV erişkin hastalarda, KOAH ve obstrüktif uyku apne sendromunda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntem son yıllarda pediatrik hastalıklarda da kullanılmaya başlanmıştır (Dikmen, 2012).

NIMV uygulamasında başarısızlık oranı %25-%40 düzeyindedir. Hasta seçimi, uygulamadaki bilgi ve monitörizasyon teknikleri bu oran üzerinde etkilidir. Hastadaki solunum sıkıntısının ilerlemesi, solunum sayısının artması, yardımcı solunum kaslarının kullanımı entübasyon endikasyonlarıdır. NIMV uygulaması ile, hastanın solunum işlevi azaltılmalı ve semptomlar gerilemeli ve hasta entübe olmadan solunum sıkıntısı tedavi edilmelidir (Dikmen, 2012).

NIMV avantajları;

- ✓ Endotrakeal entübasyona gerek yoktur, buna bağlı komplikasyonlar azalır,
- ✓ Sedasyon gereksinimi azalır,
- ✓ MV süresinde azalma,
- ✓ Hasta yutkunabilir, konuşabilir, beslenebilir,
- ✓ Ventilasyonun aralıklı uygulanması,
- ✓ Maaliyetinin az olmasıdır (Karakurt, 2011).

NIMV Kontrendikasyonları;

- ✓ Solunum arresti,
- ✓ Ciddi hemodinamik bozukluk,
- ✓ İki veya daha çok organ yetmezliği,
- ✓ CPR uygulaması,
- ✓ Yüksek aspirasyon riskidir (Karakurt, 2011).

## 4.7. MEKANİK VENTİLASYON KOMPLİKASYONLARI

MV desteği uygulanan hastalar solunum problemlerinden dolayı kritik hasta grubundadırlar. Bu destek tedavisi uygulanan hastaların bakımında dikkat edilmesi gereken noktalardan bir tanesi komplikasyonların önlenmesi, erken fark edilip tedavi ve bakımının sürdürülmesidir (Onarıcı ve Karadağ, 2015).

Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde ventilasyon ve oksijenizasyonu sağlamak amacıyla hava yolu kontrolünün önemi büyüktür. Uygulamada ilk olarak hastayı entübe etmeden önce noninvaziv MV uygulaması yapılmalıdır. Eğer bu girişim başarısız olursa endotrakeal entübasyon yöntemiyle invaziv olarak MV uygulanmalıdır (Gündoğan ve ark, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören kritik hastalar birçok komplikasyonla karşılaşabilirler. MV uygulanan hastalar durumlarının kritik olması nedeniyle komplikasyonlarla daha sık karşılaşmaktadırlar. Bu komplikasyonların birçoğu doğrudan MV uygulamasına bağlı olabileceği gibi bazılarında da MV uygulaması önemli bir risk faktörüdür (Uçgun, 2008).

MV 'ye bağlı olarak gelişen komplikasyonlardan bazıları; oksijen toksisitesi, volüt travma/barotravma, entübasyonla ilgili komplikasyonlar, üst hava yolu hasarı, ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP), gastrointestinal sistem, kalp fonksiyonlarını etkileyen ve kafa içi basıncı değiştiren komplikasyonlardır (Uçgun, 2008).

MV sürecinin komplikasyon gelişmeden sonlandırılması, sürekli hasta izlemi, hastanın fizyolojik, psikolojik bakım gereksiniminin sağlık ekibi üyelerinin işbirliği içerisinde iyi bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir. (Çelik, 2006)

MV uygulamasının kalp üzerindeki etkileri PEEP (pozitif ekspirasyon sonu basınç) uygulanan hastalarda daha belirgindir. MV uygulamasının kalp üzerindeki en önemli komplikasyonu kalp debisinde azalmadır (Uçgun, 2008).

## **4.8. MEKANİK VENTİLASYON'UN SONLANDIRILMASI (WEANİNG)**

Weaning süreci; MV uygulaması ile başlayan, solunum destek gereksiniminin ortadan kalkmasıyla aşamalı olarak gerçekleştirilen MV desteğinin sonlandırılması işlemidir. Başka bir anlatımla solunum işlevinin mekanik ventilatörden hastaya devredilmesidir (Koyuncu ve ark, 2011).

MV destek tedavisinin erken sonlandırılması mortalite ve morbidite artışına neden olurken, geç sonlandırılması da birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bu nedenle MV tedavisine neden olan hastalık düzeltildikten sonra MV desteği kısa sürede sonlandırılmalıdır (Çelikel ve İskit, 2004).

Ventilatörden ayırmadan önce akut solunum yetmezliğine neden olan problem kontrol altına alınması ve hastanın klinik durumunda (enfeksiyon, sepsis, şok, elektrolit dengesizliği gibi) düzelme olması gerekmektedir. Hastanın bilinç düzeyi, kooperasyonu, hemodinamik stabilizasyonu (şok, miyokard iskemisi/infarktüsü, ateş, hipoksemi, ciddi asidoz gibi sorunlarının olmaması), glaskow koma skalasının (GKS) 12' den yüksek ve oksijenizasyonu iyi düzeyde olmalıdır. Hastalar "weaning" denemesi öncesinde genel durumları yakından takip edilmelidir (Çelikel ve İskit, 2004).

Hastayı ventilatörden ayırmanın her aşamasında hemşirelerin bilgi ve becerilerinin önemi büyüktür. Bu nedenle hastalara verilen hemşirelik bakımının kalitesi MV' den ayırmada önemli bir faktör olduğu yadsınamaz (Koyuncu ve ark, 2011).

### **4.8.1. Mekanik Ventilatörden Ayırmada İzlenecek Yaklaşımlar**

Öncelikli olarak hastanın mekanik ventilatörden ayrılıp ayrılamayacağı belirlenmelidir. Hastanın mekanik ventilasyon destek tedavisine neden olan hastalığın düzelip-düzelmediği, mekanik ventilasyon desteği olmadan hasta spontan solunumunu gerçekleştirip-gerçekleştiremeyeceği değerlendirilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011).



MV desteğinin sonlandırılmadan önce hastanın vücut sıcaklığı kontrol edilmelidir. Hipotermisi olan hastalarda titreme sonucu dakikadaki solunum sayısını arttırarak solunum derinliğinin azaltır. Bunun sonucunda hastada solunumsal asidoz gelişir. Bu nedenle hastanın vücut sıcaklığı normal seviyelere ulaşınca kadar MV desteği sonlandırılmamalıdır (Koyuncu ve ark, 2011).

MV desteğinden ayırma işlemine sabah erken saatlerde, hastanın yorgun ve uykusuz olmadığı zamanlarda yapılmasına dikkat edilmelidir. MV hastada ne kadar uzun süre kaldıysa MV' dan ayırma süreci de o kadar uzun ve aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir (Koyuncu ve ark, 2011).

MV desteğinden ayırmadan önce hastada dikkat edilmesi gerekenler;

- ✓ Mekanik ventilatör desteğini gerektiren problemin ortadan kalıp-kalkmadığı,
- ✓ Hastanın bilinç düzeyi ve kooperasyonu,
- ✓ Narkotik ve sedasyon ilaçlarının devam etmediğine,
- ✓ Hemodinamik stabilizasyon,
- ✓ Metabolik fonksiyonların stabilizasyonu (Asit-baz dengesi normal seviyelerde olmalı, elektrolit dengesi sağlanmalı.)
- ✓ Hastanın uyku ihtiyacı olmamalı, dinlenmiş olmalı,
- ✓ Ağrısı mevcut ise analjezi ile kontrol altına alınması,
- ✓ Vücut ısısının normal sınırlarda olması,
- ✓ Hasta enteral besleniyor ise beslenmenin ekstübasyon denemesinden en az dört saat önce durdurulmuş olması,
- ✓ Hastanın oksijenizasyonunun normal aralıklarda olmasına dikkat edilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011 ve Dikmen, 2012).

Hastalarda yukarıdaki koşullar sağlanmış olsa bile hastanın ventilatörden güvenle ayrılabilceğini ifade etmez. Bu nedenle hastanın oksijen düzeyinin yeterliliği, ventilatörle uyumu ve solunum dürtüsünün ölçümü ile mekanik ventilasyonun sonlandırılmasında başarı şansı artmaktadır (Dikmen, 2012).

## **4.8.2. Mekanik Ventilatörden Ayırma Yöntemleri**

Hastanın solunum işini kendi kendine sürdürebilene kadar MV desteğinin azaltılması işlemlerine “ayırma” denir. MV’den ayırmada multidisipliner iş birliğinin sağlanması, ventilasyon süresini, yoğun bakım ünitesinde kalış süresini ve maaliyeti azalttığı belirtilmiştir. MV’ den ayırma işlemine hekimler karar vermektedir fakat son yıllarda geliştirilen protokoller doğrultusunda hemşireler ayırma sürecinde aktif olarak rol almaktadırlar. Bu nedenle hastalar yakından takip edilmeli, spontan solunumu tolere edebilecek hastalar en kısa sürede MV desteğinden ayrılmalıdır. Solunum desteğine gereksinim duyan hastanın MV desteğinden erken ayrılması ise mortalite ve morbiditeyi artırır (Korkmaz ve İlçe, 2009).

### **4.8.2.1. T-Tüp Yöntemi**

Hastanın ventilatör desteği olmadan solunum işlevini yerine getirmesidir. Hastada yapay hava yolu çıkartılmadan (entübasyon tüpü, trakeostomi) ucuna t-tüp takılır, t-tüpün diğer ucundan nemlendirilmiş oksijen verilerek hastanın solmasına izin verilir, eğer hasta tolere edebiliyorsa hastanın spontan olarak solması devam ettirilir. Bu sürede hastanın hemodinamisinde bozulma olup olmadığı, yorulup-yorulmadığı ve kan gazı takibi yapılmalıdır. Bu yöntem uzun süre MV destek tedavisi alan hastalarda uygulanır. Denemeler sonucunda hastada yorgunluk belirtisi yoksa ve kan gazları normal gelmişse T-tüp yöntemine devam edilmelidir. Tam tersi durumlarda yani hasta tolere edemiyorsa, yorgunluk belirtisi gösteriyorsa ve kan gazlarında değişim olmuşsa geri MV desteğine alınarak solunum kasları dinlendirilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011) (Çelikel ve İskit, 2004).

T-tüp uygulama sırasında hastadaki solunum sıkıntısı ve yorgunluk belirtileri; takipne, hipoksemi, taşikardi, bradikardi, hipertansiyon, hipertansiyon, asidoz, bilinç değişiklikleri, ajitasyonu terleme ve anksiyetidir (Çelikel ve İskit, 2004).

### **4.8.2.2. Aniden Ayırma Yöntemi**

Uzun süre MV destek tedavisi alan hastalar için uygun bir yöntem değildir. Kardiyak cerrahi haricinde genel anestezi uygulanan hastaların MV desteğinden

ayrılmasında kullanılan yöntemdir. Ekstübasyon işlemi sonrası hastanın oksijen saturasyonu takip edilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011).

### 4.8.3. Ekstübasyon

“Weaning” ve ekstübasyon işlemleri aynı değildir. Ekstübasyon işlemi yapay hava yolunun tamamen sonlandırılmasıdır, weaning ise hastanın yapay hava yolu sonlandırılmadan ventilatörden ayırma işleminin uygulanmasıdır (Çelikel ve İskit, 2004).

MV desteği sonlandırılmadan önce hastanın bilinç düzeyi, iletişimi, işitme yeteneği değerlendirilmelidir. Hastaya yapılacak bütün işlemler anlatılmalı, yapılacak işlemler için onayı alınmalıdır. Hastaya “Boğazındaki tüpün çıkarılacağı, ağzında biriken sekresyonların temizleneceği, sekresyonları yutmaması gerektiği, işlem sonrası öksürmesi ve solunum egzersiz cihazı (triflo) ile çalışması gerektiği” hemşire tarafından söylenmelidir (Koyuncu ve ark, 2011).

Ekstübasyon işleminde izlenecek yaklaşımlar;

- ✓ Hasta uyanık ve kooperasyonu tam olmalı, yapılacak işlem açıklanmalı ve onayı alınmalıdır,
- ✓ Reentübasyon malzemeleri hazır bir şekilde bulundurulmalıdır,
- ✓ Hasta semi fowler pozisyona getirilmelidir,
- ✓ Endotrakeal tüp içi aspire edilmeli ve tespitleri açılmalı,
- ✓ Endotrakeal tüpün kafi indirilip sonra da tüp çıkarılmalıdır.
- ✓ Hastanın ağız içinde sekresyon var ise temizlenmelidir.
- ✓ Eğer hastanın trakeostomi kanülü çıkarıldı yani hasta dekanülize edildi ise açıklık pansumanla kapatılmalıdır.
- ✓ Maske veya nazal kanül ile hastaya oksijen verilmelidir.
- ✓ Aspirasyon pnömonisi riskini azaltmak için hastaya 2-4 saat süreyle oral hiçbir şey verilmemeli,
- ✓ Satürasyon takibi yapılmalıdır,
- ✓ Hastanın ekstübasyon sonrası bir süre uyumasına izin verilmez,
- ✓ Ekstübasyondan yarım saat sonra kan gazı alınıp, değerlendirilmeli,

- ✓ Hastaya derin solunum egzersizleri ve triflo ile solunum egzersizleri yaptırılmalıdır (Koyuncu ve ark, 2011).

#### **4.9. MEKANİK VENTİLATÖRDEN AYIRMA DA HEMŞİRELİK BAKIMI**

MV desteğinin sonlandırılmasında hastaların takip ve tedavi sürecinde hastalar ile uzun zaman geçiren ve yakından gözlem yapan yoğun bakım hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, fizyolojik ve psikolojik açıdan hastayı tanımak, MV' dan ayrılma sürecine uyum kapasitesini önceden tahmin etmede diğer bir değişle hastanın MV desteğinden ayrılmasında hemşirelerin bilgi ve becerileri etkin rol oynamaktadır (Koyuncu ve ark, 2011).

MV' dan ayırmada hemşirelerin rolleri son yıllarda yapılan çalışmalar ile yeniden düzenlenmiştir. Oluşturulan protokoller doğrultusunda hemşirelerin yakından takibi ile hastanın MV'dan ayırma sürecini kısaltmaktadır. Bu protokollerin kullanımı ile hastanın MV desteğinden ayrılma süreci daha güvenli hale gelmiştir (Korkmaz ve İlçe, 2009).

MV desteği olan hastanın bakımında hemşire, hastanın hava yolu açıklığının korunması, oksijenlenmesinin sağlanması, olası enfeksiyonlardan korunması, psikolojik ve fizyolojik destek sağlanması gibi görevler üstlenmektedir (Korkmaz ve İlçe, 2009).

#### **4.10. MEKANİK VENTİLYASYONDAKİ HASTALARIN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

Sağlık gereksinimi kişilerin en önemli temel hakkıdır. Kişilerin bu hakkının korunması etkin sağlık hizmetlerinin sunumu ile mümkündür. Nüfusun yaşlanması, engellilerin ve kronik hastalıkların giderek artması ile sağlık bakım gereksinimleri giderek artmıştır (Taşdelen ve Ateş, 2012).

Mekanik ventilasyon desteği olan hastalarda özellikle de invaziv mekanik ventilasyon desteğinde hastalar günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede sorun yaşamaktadırlar. Bu hastaların sorunlarının ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,

bu gereksinimleri karşılamada primer olarak hemşirelere büyük roller düşmektedir (Taşdelen ve Ateş, 2012).

Mekanik ventilasyona bağlı olan hastalar, bir ya da birkaç nedene bağlı olarak bu destek tedaviyi alabilmektedirler. Sağlık ekibi üyesi olan ve hastanın bakımında primer rolü olan hemşirelerin, hastanın MV destek tedavisi alma nedenlerini bilmeli, MV'ye bağlı oluşabilecek komplikasyonları bilmeli, gerekli önlemleri almalıdır. Bu nedenle hemşireler, hastanın tüm sistemlerine yönelik ayrıntılı olarak anamnez almalıdır (Türkmen, 2005).

Hemşirelik bakımı, hasta bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır. Ancak yaşam kalitesinin artırılması sistematik ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Kapsamlı değerlendirme, hemşirelik bakımının ilk aşamasıdır. Sistematik değerlendirme ise verilerin doğru ve eksiksiz olarak toplanması sonucu hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve buna yönelik bakımın planlanma, uygulanması ve değerlendirilmesidir (Gümüş, 2012).

#### **4.10.1. Bakım Gereksinimlerini Belirlemede Kullanılan Yöntemler**

Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için sıkıntılı bir süreçtir. Hasta bakım hedeflerinin belirlenmesin de hemşirelik süreci rehber oluşturmaktadır. Hastalara bütüncül bakım verebilmek için, hasta bir bütün olarak değerlendirilerek (hasta bireyin sağlık durumu ve öncelikleri, bakım gereksinimleri, bakım hedefleri) veri toplanmalı, toplanan bu veriler doğrultusunda hemşirelik tanısı konulmalı, konulan hemşirelik tanısı doğrultusunda hastanın bakım hedefleri planlanmalı, planlanan bakım gerekli koşullar oluşturularak uygulanmalı ve son olarak uygulanan bakım değerlendirilmelidir (Akdemir ve Akyar, 2009).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalar, tedavinin verdiği olumsuz etkiler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımlı hale gelmişlerdir (Taşdelen ve Ateş, 2012).

Hastaların bakım gereksinimlerini belirlemede GYA temel ve yardımcı aktiviteler olarak ele alınmıştır. Temel GYA; yemek yeme, giyinme, fiziksel hareket, tuvalet ve kişisel hijyen ihtiyaçlarını yerine getirip-getirememeye olarak belirlenirken,

yardımcı GYA ise yemek hazırlayabilme, ev işlerini yapabilme, ilaç yönetimi, para yönetimi, telefon ve araç kullanabilme gibi aktiviteleri içermektedir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Roper, Logan ve Tierney tarafından hazırlanan Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli (GYA), Temel ve Yardımcı GYA' ne göre hastaların bağımlılık ve bağımsızlık durumlarının belirlenerek bakım planlarının oluşturulmasında hemşireler tarafından benimsenen bir model olup, hemşirelik süreci için uygun bir modeldir. Bu modelde 12 yaşamsal aktivite saptanmıştır. Bunlar;

- ✓ Güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi,
- ✓ İletişim,
- ✓ Solunum,
- ✓ Yeme ve içme,
- ✓ Boşaltım,
- ✓ Kişisel temizlik ve giyim,
- ✓ Beden ısısının kontrolü,
- ✓ Hareket,
- ✓ Çalışma ve eğlenme,
- ✓ Cinsel yaşam,
- ✓ Uyku,
- ✓ Ölüm.

Bu aktiviteler kullanarak hastaların bakım gereksinimleri belirlenebilmektedir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

#### **4.10.2. Yoğun Bakım Hastalarında Sağlık Bakım Gereksinimleri**

Yoğun bakım üniteleri, yaşam tehdit altında olan bireylerin tedavi ve bakımının sağlandığı, en üst düzeyde teknolojik donanıma sahip yaşam kurtarıcı cihazların bulunduğu, multidisipliner ekip iletişiminin bulunduğu özel ünitelerdir. MV destek ihtiyacı olan hastaların bakım ve tedavileri bu ünitelerde sürdürülmektedir (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sorunlar, nörolojik nedenlere bağlı olarak hastalara mekanik ventilasyon destek tedavisi uygulanmaktadır. Komplikasyonsuz bir mekanik ventilasyon destek tedavisi için yoğun bakım hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir (Çelik, 2006).

Yoğun bakım hemşireliği, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaları tanılamak, hastaları sürekli, yakından izlemeyi yapmak, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun bakım hemşireliğinin amacı, bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini iyi düzeye getirmek, hayatını etkileyen ve yaşam süresini uzatmada iyi bir hemşirelik bakımının önemi büyüktür (Korhan, 2012).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalar öz bakım gereksinimlerini gerçekleştiremez. Bu nedenle hastalarda bireye özgü yaşam aktivite öğeleri ele alınarak hemşirelik bakım ve girişimleri uygulanmalıdır (Terzi ve Kaya, 2011).

Buna göre;

- ✓ Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik olarak, invaziv girişimlerin sık olarak uygulandığı yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyondan korunmaya yönelik girişimler uygulanmalı,
- ✓ İletişim aktivitesine yönelik olarak, hastaya özgü iletişim biçimi geliştirilmeli,
- ✓ Solunum aktivitesine yönelik olarak, MV' da hastanın takibi, ayrılma durumu, sekresyonların varlığı, ventilatör modu, spontan solunumu gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği değerlendirilmeli,
- ✓ İMV desteği mevcut ve beslenmesine engel bir problem yoksa hasta enteral veya parenteral yoldan, NIMV desteği alıyorsa dinlenme zamanlarında oral yoldan günlük alması gereken kalori miktarına uygun olarak beslenmeli,

- ✓ Hasta bireye yönelik yardımcı araçlar kullanılarak dışkılama sıklığı, alışkanlığı, niteliği, bağırsak sesleri değerlendirilmeli,
- ✓ Bireyin kişisel hijyen eksikliği giderilmeli, saç, deri, vücut, perine bakımı karşılanmalı,
- ✓ Hastanın vücut ısısı uygun aralıklarla değerlendirilmeli sonuca yönelik girişimler uygulanmalı,
- ✓ MV desteğinde olan hasta kendi başına hareket edemeyeceğinden bası yarası oluşumun önlemek için uygun aralıklarla hastaya pozisyon verilmeli,
- ✓ NIMV desteği olan hastalara dinlenme zamanlarında bireyin yapmak istediği aktiviteleri gerçekleştirme zamanı verilmeli,
- ✓ Bireyin beden imajını etkileyen organ kayıpları olup olmadığı değerlendirilmeli,
- ✓ Hastanın uyku alışkanlığına yönelik engel olacak durumlar ortadan kaldırılarak uygun koşullar sağlanmalı, gerekirse hastanın tıbbi durumuna engel oluşturmuyorsa sedasyon uygulanmalı,
- ✓ Terminal dönemdeki hasta bireyin duygu ve düşünceleri, hasta MV desteğinde ise yakınlarına psikolojik destek sağlanmalıdır (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavisine devam edilen hastalar gece-gündüz sürekli bakım ihtiyaçları karşılanması gereken ve vital bulgularının sık takip edilmesi için monitörize şekilde izlenmesi gereken kişilerdir. Bu nedenle bu hastaların bakım ve tıbbi tedavisini sağlamakta olan yoğun bakım hemşireleri ekip içerisinde aktif olarak görev almaktadır (Terzi ve Kaya, 2011).

#### **4.10.3. Mekanik Ventilasyon Desteği Olan Hastalarda Temel Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelik Uygulamaları**

Mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan hastanın bakımının planlanmasında, hastanın sık aralıklarla fizik muayenesinin yapılması, MV desteğinin hastaya etkilerinin izlenmesi, laboratuvar tetkiklerinin takibi ve elde edilen verilerin ventilatör verileri ile karşılaştırılması gerekmektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları dikkate alarak yaptıkları bakım sonucunda hastadaki olası



komplifikasyonlar önlenecek, hastanın ventilatörden ayrılması kolay olacak ve ventilatörde bağımlı kalma süresi azalacaktır (Türkmen, 2005).

#### **4.10.3.1. Ağız Bakımı**

Ağız hijyeni, bireyin en çok ihtiyaç duyduğu uygulamadır. Ağız bakımının sağlanması ve ağız hijyeninin korunması hastanın yaşam kalitesini artırır ve kendisini iyi hissetmesini sağlamaktadır (Özveren, 2010).

ABD (Amerika Birleşik Devletleri) de ventilatör desteği mevcut hastalar için Sağlık Bakım İyileştirme Enstitüsü'nün oluşturduğu ventilatör bakım paketi kapsamında bulunan;

- ✓ Yatak başının 35-45 derece yükseltilmesi,
- ✓ Günlük olarak sedasyon dozuna ara verilerek uyanıklık takibi ve hastanın ekstübasyon hazırlığının değerlendirilmesi,
- ✓ Peptik ülser profilaksisi,
- ✓ Derin ven trombozu profilaksisi olmak üzere 4 girişim mevcuttu. Bu girişimlere yapılan çalışmalar doğrultusunda 2010 yılında,
- ✓ Klorheksidin glukonat ile günlük ağız bakımı beşinci girişim olarak eklenmiştir (Çetin ve ark, 2017).

MV desteği olan hastalarda ağız mukozasının bozulma riski yüksektir. Mekanik ventilatöre bağlı olan hastalarda endotrakeal tüpten dolayı ağzın sürekli olarak açık kalması, tıbbi tedavide kullanılan ilaçlar, hastaların ağızdan beslenememesi nedeniyle hastanın ağız hijyenin sürdürülmesi, dudaklarda ve dilde endotrakeal tüpten, tüp sabitleyicileri ve flasterden kaynaklanan bası ve travmadan deri bütünlüğünde oluşabilecek bozulmayı önlemek amacıyla yapılan hemşirelik bakımının önemli girişimlerindedir (Çelik, 2006. Özveren, 2010. Çetin ve ark, 2017).

MV bağlı hastalarda ağız bakımının amacı, ağız mukozasının hergün gözlenmesi ve temizliğinin sağlanması, ağız mukozasının nemliliğini ve bütünlüğünü korumak, ağız içerisinde gelişebilecek diş çürüklerini, stomatitis ve ventilatörle ilişkili pnömoniyi önlemek amacıyla ağız bakımı günlük ve düzenli olarak verilmesi

önemlidir. Ağızın değerlendirilmesi ve bakımı hemşirelerin görevleri içerisinde olup, bakım sıklığı hastanın gereksinimleri doğrultusunda belirlenmektedir. MV desteği olan hastaların ağız bakımı literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda 2-4 saatte bir bazı çalışmalarda ise 4-8 saatte bir diş fırçaları veya süngerli çubuklar ile beraber antibakteriyel özellikle ağız çalkalama solüsyonları kullanılarak yapılmalıdır (Özveren, 2010).

MV desteği mevcut olan hastalarda, etkin ağız bakımının verilmesi ile ventilatörle ilişkili pnömonin önlendiği yapılan çalışmalar doğrultusunda kanıtlanmıştır. Hastaya etkin ağız bakımı verilebilmesi için öncelikli olarak, hastanın oral mukozasının doğru değerlendirilmesi ve doğru bakım ürününün (serum fizyolojik, sodyum bikarbonat, hazır ağız çalkalama solüsyonları, klorheksidin glukonat, povidon iyot) kullanılması gerekmektedir. Ağız bakım sıklığına ise hastanın oral mukozası günlük olarak değerlendirilerek karar verilmelidir. Mukozanın bozulması, oral mukozada enfeksiyonun artması, kolonize olmuş mikroorganizmaların aspirasyonu sonucu VİP gelişmektedir. Sonuç olarak etkin ağız bakımının verilmesi ile VİP gelişimi önlenmektedir (Çetin ve ark, 2017).

#### **4.10.3.2. Aspirasyon**

MV destek tedavisi alan hastalarda etkin hava yolunun açıklığının sürdürülmesi için endotrakeal aspirasyonun uygulanması, bu yolla oral ve nazal sekresyonların temizlenmesi önemli hemşirelik bakım yaklaşımıdır (Çelik, 2006).

Endikasyon olmadığı sürece hastaya sık aspirasyon işlemi uygulanmamalıdır. Solunum hızının, kalp hızının artması, sesli solunum, hastanın rahatsız, huzursuz görünümü, terleme, oksijen saturasyonunda düşme, endotrakeal tüp içerisinde mukus görünümü, ventilatörün yüksek basınç alarmı vermesi hastanın aspirasyon gereksiniminin olduğunun göstergesidir. Trakeal aspirasyonun, aseptik işlemlere uyulmadan yapılması hastalarda enfeksiyonun oluşmasına, dolayısıyla hastanın yoğun bakım ünitesinde yatış süresini uzatarak maliyeti arttırmaktadır. Günümüzde aspirasyon işlemi açık ve kapalı aspirasyon yöntemi kullanılarak yapılmaktadır. Açık aspirasyon işleminde steril eldiven ve steril kateter kullanılarak akciğer içerisinde sekresyonlar temizlenmeli, her işlemde farklı bir kateter kullanılmalı, aspirasyon

sonrası aspiratör ucu yıkama solüsyonundan geçirilmeli ve bu yıkama solüsyonu sekiz saatte bir değiştirilmelidir. Kapalı aspirasyon işlemi ise kateterin işlevinin bozulması, tıkanması, koruyucu kılıfının delinmesi, yırtılması durumlarında değiştirilmelidir. Aspirasyon işlemi on saniyeden uzun sürmemeli ve aspiratör basıncı 120 mmHg' yı geçmemelidir. Aspirasyon işlemi sırasında hastada taşikardi veya bradikardi gözlenmesi durumunda işlem sonlandırılmalı ve hastanın ventilatör desteği mevcutsa ventilatöre bağlanmalı veya hastaya oksijen verilmelidir (Bozkurt, 2010) (Çelik, 2006).

#### **4.10.3.3. Sedasyon ve Ağrı Kontrolü**

MV uygulanan hastaların çoğunda anksiyete ve ajitasyonu önlemek, uykuyu düzenlemek, endotrakeal tüp ve ventilatöre karşı tolerasyonu arttırabilmek için sedasyon uygulaması yapılmalıdır. Hastalarda bu tedaviye bağlı olarak oluşan ağrı deneyimi için sedasyon uygulamasının yanı sıra analjezi de uygulanmalıdır (Dikmen, 2012).

Sedasyon, hastanın anksiyotik ve hipnotik gereksinimlerini gidererek, analjik etki sağlayarak hastanın uygulanan tedaviye reaksiyonlarının çok yönlü olarak değerlendirildiği özellikle yoğun bakım ünitelerinde MV destek tedavisi uygulanan hasta grubunda tercih edilen bir yöntemdir (Korhan, 2012).

MV uygulanan hastalarda anksiyete, ajitasyon, stres, ağrı, rahatının azalması, hemodinamik stabilitenin azalması sonuçlarını azaltmak, hastanın ventilatörle uyumunu kolaylaştırmak, kendisine zarar vermesini engellemek için hastalara sedasyon ilaç uygun dozda uygulanmalıdır (Korhan, 2012).

Yoğun bakım hastalarında sedasyon tedavisinin uygulanması olumlu etkilerinin yanı sıra bulantı, kusma, kas zayıflığı, hipotansiyon, bradikardi, koma, solunum depresyonu, ventilatörle ilişkili pnömoni riskinin artması, solunum desteğine duyulan sürenin uzaması, yoğun bakımda kalış süresinin ve maliyetin artması gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu nedenle hastalara aşırı sedasyon uygulanmamasına dikkat edilmeli ve uygulanan sedasyon dozunun protokoller doğrultusunda etkin yönetimi yapılmalıdır (Korhan, 2012).

Son dönemlerde yapılan çalışmalar doğrultusunda hafif sedasyon uygulaması tavsiye edilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan sedasyon dozu, hasta ile iletişimi tamamen sonlandırmamalı, hastanın rahatı ve konforunu sağlamalı ve olası komplikasyonlarından hastaları korumalıdır. Sedasyonun olası komplikasyonlarından hastayı korumak için sedasyon dozu kapatılıp hasta günlük olarak ağrı, anksiyete, ajitasyon durumları değerlendirilmeli, gerekirse sedasyon dozu tekrardan ayarlanarak başlanmalıdır (Korhan, 2012).

MV uygulanan hastada sedasyon endikasyonu konulduktan sonra, her hasta için sedasyon dozu belirlenmelidir. Bu dozun belirlenmesinde, subjektif ve objektif yöntemler kullanılmaktadır. Subjektif değerlendirmede hastaya gözlerinin aç, ellerimi sık, dilini çıkart vb. gibi basit komutlar verilerek bunları yerine getirip getiremediği değerlendirilir. Objektif değerlendirmede ise Ramsay Sedasyon Skalası, Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) ve Richmond Sedasyon Ajitasyon Skalası (RASS) gibi skalalar geliştirilmiştir (Dikmen, 2012).

Ramsey Sedasyon Skalasında hastanın uyku ve uyanıklık durumuna göre skorlama yapılır. Ramsey sedasyon skalası, yoğun bakım ünitelerinde en sık kullanılan hastanın sedasyon düzeyini belirleyen skaladır. Bu skala Ramsey tarafından 1974 yılında hastanın uyanıklık ve uyku düzeyini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek de sedasyon düzeyi 1-6 arası puanlanmaktadır. Puanın artması hastanın sedasyon düzeyinin arttığını göstermektedir (Korhan, 2012).

#### **Ramsey Sedasyon Skalası**

<u>Skor</u>	<u>Tanım</u>	
1	Uyanık	Anksiyete, ajite, huzursuz hasta
2		Koopere, oryante, sakin hasta
3		Sadece emirlere cevap veren hasta
4	Uykulu	Hafif glabellar vuruya ya da yüksek sesli uyarana hızlı cevap
5		Hafif glabellar vuruya ya da yüksek sesli uyarana yavaş cevap
6		Hafif glabellar vuruya ya da yüksek sesli uyarana cevap yok

[Http://tiplopedi.com/Ramsey Sedasyon Skoru \(RSS\)](http://tiplopedi.com/Ramsey_Sedasyon_Skoru_(RSS)) Erişim Tarihi:12.5.2017

SAS da, durumu kritik olan erişkin hasta grubunda kullanılan bu skala, hastanın şuur ve ajitasyon durumunu davranışlarını tanımlayarak skorlama yapılır. Mekanik ventilasyon tedavisi için önerilen sedasyon skoru 2-3, tedaviyi engelleyen sedasyon skoru ise 3-4' dür (Dikmen, 2012).

### **Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS)**

<u>Skor</u>	<u>Durum</u>	
7	Tehlikeli ajite	Endotrakeal tüpü (ET) ve kateterleri çeker, yataktan kalkmaya çalışır ve debelenir, çalışanlara saldırır.
6	Aşırı ajite	ET ısıtır, sık sözlü uyarılara rağmen sakinleşmez, fiziksel müdahale gerektirir.
5	Ajite	Anksiyöz veya hafif ajite, oturmaya çalışır, sözlü uyarılar ile sakinleşir.
4	Sakin ve koopere	Sakin, kolayca uyanır, emirlere uyar.
3	Sedatize	Sözlü veya hafif sarsma ile uyanır, tekrar uyur, basit emirlere uyar.
2	Aşırı sedatize	Fiziksel uyarı ile uyanır fakat iletişim kurulamaz, emirlere uyamaz.
1	Farkında değil	Uyarılara minimal yanıt veya yanıtız, iletişim kurulamaz, emirlere uyamaz.

[Http://file.toraks.org.tr/TORAKS/10\\_kongre\\_kurs/sunum/r\\_bag\\_yogun\\_bakimda\\_sedasyon\\_analjezi\\_ve\\_deliryum.pdf](http://file.toraks.org.tr/TORAKS/10_kongre_kurs/sunum/r_bag_yogun_bakimda_sedasyon_analjezi_ve_deliryum.pdf) Erişim Tarihi:12.5.2017

RASS, 2002 yılında hastanın sedasyon ihtiyacını belirlemek için hasta bakımında primer görevi olan sağlık personelinin kullanması amacıyla yoğun bakım doktorları ve hemşirlerin işbirliği ile tasarlanmıştır. RASS hastanın anksiyete ve ajitasyonunu 4, sedasyonunu 5 ve uyanıklığını 1 düzeyde değerlendiren 10 puanlı bir skala olup sedatize hastanın şuur düzeyini ve ajitasyonunu ölçer (Dikmen, 2012 ve Korhan, 2012).

### Richmond Sedasyon Ajitasyon Skalası (RASS)

<u>Skor</u>	<u>Durum</u>	
+1	Huzursuz	Endişeli veya endişeli ama hareketleri saldırgan değil.
+2	Tedirgin-ajite	Sık amaçsız hareket ya da hasta-ventilatör uyumsuzluğu mevcut.
+3	Çok ajite	Tüpleri kateterleri çeker veya personele karşı saldırgan davranışlar sergiler.
+4	Hırçın	Hırçın ve öfkeli, personel için tehlikeli olabilecek düzeyde
0	Uyanık ve sakin	
-1	Uykulu	Sesli uyarıya 10sn'den uzun göz açma veya göz teması sağlanması
-2	Hafif sedasyon	Sesli uyarılara kısa süreli (10sn'den az) göz açar.
-3	Bilinçli sedasyon	Göz açar ancak göz teması kurulamaz.
-4	Derin sedasyon	Sesli uyarana yanıt yok fiziksel uyarıyla herhangi bir hareket yapar.
-5	Uyandırılmaz	Ses veya fiziksel uyarana cevap yok.

<http://dcyogunbakim.org/sayilar/15/buyuk/43-46.pdf> Erişim Tarihi:12.5.2017

Sedasyon tedavisi, yoğun bakım ünitelerinde hastaların tedavilerinin güvenli olarak sürdürülmesi ve hasta konforunun en uygun olduğu sedasyon dozunu tanımlamak, bu dozu yakalamak ve sürdürmek temel amaçtır. Bu amaca uygun olarak hastanın sedasyon ihtiyacı, sedasyon skalaları ile sürekli değerlendirilerek uygun sedasyon dozu ayarlanmalıdır. Hemşireler hastanın sedasyon ihtiyacını sürekli olarak değerlendirmede ve yönetmede rolü büyüktür (Korhan, 2012).

Sedasyon tedavisi ile hastadaki anksiyeteyi azaltmak, depresyonu önlemek, uykusunu düzenlemek, invaziv girişimlerin neden olduğu ağrıyı azaltmak ve mekanik ventilasyon tedavisini kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaktadır (Korhan, 2012).

#### **4.10.3.4. Pozisyon Verme**

Cerrahi girişim sonrası ve sonrası dönemde hastalarda pulmoner yetersizlik problemleri görülebilmekte ve hastanın yapay solunum desteğine ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri, hastalara pozisyon verirken optimal solunumsal ve hemodinamik stabilizasyonu sağlamak, sürdürmek, hareketsizliğin yol açacağı problemleri önlemek, hastanın rahatını ve konforunu sağlamak amacıyla pozisyon vermektedir (Çelik, 2006).

#### **4.10.3.5. Hastanın Beslenmesi**

Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda sıklıkla karşılan malnütrisyon ve VİP komplikasyonları kritik hasta grubunda morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli sorunlardandır (Köksal ve Tütüncü, 2012).

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda en erken sürede (24-48 saat içerisinde), hastanın günlük alması gereken uygun kalori ve besin içeriğine sahip ürünler ile, uygun yol kullanılarak beslenmeye başlanmalıdır. Hastalarda beslenme, ilk yöntem olarak gastrointestinal sistem kullanılarak, gastrointestinal sistem kullanılamıyorsa ikincil yöntem olarak intravenöz yol kullanılarak yani parenteral beslenme ile yapılmaktadır (Köksal ve Tütüncü, 2012).

Mekanik ventilasyon uygulanan hasta grubunda beslenme yeterli düzeylerde sürdürülemezse; kas ve yağ kitlesinde azalma, yara iyileşmesinde gecikme, yetersiz immün yanıt, anastomoz kaçakları, metabolik asidoz, mekanik ventilatörden ayrılma süresinin uzaması, solunum fonksiyon bozuklukları, miyokard kompliyansı ve kontraktilitesinde azalma nedeniyle vücut kendine enerji sağlayabilmek ve protein sentezini desteklemek amacıyla protein katabolizmasını artırır ve bu sonuçlar doğrultusunda mortalite oranını yükseltir (Köksal ve Tütüncü, 2012).

Yoğun bakım hastalarında beslenme desteğinin sağlanması için bazı hedefler belirlenmiştir;

- ✓ Beslenme içerik ve verilme yolu olarak hastanın klinik durumuna uygun olarak ayarlanmış olmalı,

- ✓ Kritik hasta grubunda beslenme ürünleri makro besin (elektrolit, karbonhidrat, protein, yağ) ve mikro besin (vitaminler, eser elementler) içeriklerine dikkat edilerek hastanın ihtiyacına uygun seçilmeli,
- ✓ Beslenmenin verilme yoluna bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar önlenmeli,
- ✓ Hastada metabolik asidoz mevcut ise besin ögesi buna uygun dozlarda verilmeli,
- ✓ Hastanın morbidite riskini azaltan, sonraki dönemde enerjisini arttırmaya yönelik olarak besin ögesi seçilmelidir (Köksal ve Tütüncü, 2012).

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların beslenmesi hastalığa karşı verilen immün yanıt yönünden önemlidir. Ancak enteral beslenme konusunda yetersiz bilgi ve deneyim sonucunda ciddi komplikasyonlar meydana gelmekte ve hastada VIP oluşma olasılığı artmaktadır. Bu nedenle beslenme başlanacak hastalarda; beslenme tüpü mide veya ince bağırsak içerisine yerleştirilmeli, enteral beslenme bolus tarzda değil aralıklı olarak veya infüzyon şeklinde verilmeli, hastaların başları 30-45 derece yukarıda olacak şekilde pozisyon verilmeli, aspirasyon ve regürjitasyon riski azaltılmalıdır (Biberoğlu, 2001).

#### **4.10.3.6. Ventilatörle İlişkili Pnömoni' nin (VIP) Önlenmesi**

Pnömoni, steril olan alt solunum yollarının ve akciğer parankim dokusunun virulan mikroorganizmalar tarafından invazyonudur. VIP de ise entübasyon tüpünün kaf kısmında biriken bakterilerin aşağıya doğru kaçıışı ve akciğerlere ulaşması ile infeksiyon meydana gelebilmektedir, diğer bir tanımla 48 saatten uzun süreli entübe hastalarda meydana gelen akciğer parankim dokusunun infeksiyonudur (Özcan, 2016. Biberoğlu, 2001).

Ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP), ventilatör desteği alan hastada ventilatöre bağlandıktan 48 saat sonra gelişen veya hasta ekstübe edildikten 48 saat sonra gelişen pnömonidir. VIP yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen infeksiyondur. Yapılan araştırmalar, yoğun bakım ünitelerinde entübe edilen hastaların yaklaşık %9-27' sinde meydana geldiği göstermiş ve bu ünitelerdeki antibiyotik kullanımının en



büyük nedeni olarak gösterilmiştir. Mortalite oranı yüksek olan bu hastalığın erken tanı ve tedavisiyle klinik tablo iyileştirilmektedir (Dizbay, 2014 ve Özcan, 2016).

Mekanik ventilasyon süresinin uzaması (48 saatten uzun) VİP için en büyük risk faktörüdür. VİP erken dönemde yani hasta mekanik ventilasyona bağlandıktan ilk dört günde meydana gelirse “erken dönemde başlayan VİP (earlyonset VAP)”, mekanik ventilasyon tedavisinin beşinci ya da daha sonraki günlerinde meydana gelirse “geç dönemde başlayan VİP (lateonset VAP)” olarak adlandırılmaktadır. Erken dönemde başlayan VİP, geç dönemde başlayan VİP’e göre daha hafif seyretmektedir (Özcan, 2016).

VİP gelişmesindeki risk faktörleri; Malnütrisyon, 65 yaş üstü kişiler, hasta transportu, sık aspirasyon, endotrakeal entübasyon, trakeostomi, uzun süreli yatış, hastalığın şiddeti, immünoşüprasif tedavi, nazogastrik sonda, sedatif ajanlar, koma, bilinç bozukluğu, enfeksiyonlar ve antibiyotik kullanımınıdır (Bozkurt, 2010) (Kapucu ve Özden, 2014).

VİP tanısının konulmasında kesin tanımlayıcı kriterler bulunmasa da ateş, lökositoz, oksijenasyonda azalma, pürülan sekresyon varlığı, radyoaktif görüntüleme de akciğer infiltrasyonu VİP tanısını düşündürmektedir. Fakat bu tanımlayıcı kriterler enfeksiyon dışı nedenlerle de meydana gelebileceği bilinmelidir. Genel olarak 38 dereceden yüksek, 36 dereceden düşük vücut ısısı, lökopeni veya lökositoz, pürülan trakeal sekresyon varlığı veya parsiyel arteryal oksijen satürasyonunda düşüklük bulgularının en az ikisinin varlığında VİP tanısı konulmaktadır. (Bozkurt, 2010 ve Biberoglu, 2001).

VİP gelişiminin önlenmesinde en önemli yaklaşım, hastanın tedavisi ile ilgilenen sağlık çalışanlarının hasta ile temas öncesi el yıkamasıdır. El yıkamanın nazokomiyal enfeksiyonları ve VİP gelişme olasılığını %20 oranında azalttığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. 65 yaş ve üzeri hastalarda, kronik hastalığı (KOA, diyabetus mellitus, kronik böbrek ve karaciğer hastalığı gibi) bulunan hastalarda, lösemi, uzun süreli kortikosteroid kullanan, kemoterapi tedavisi alan, organ transplantasyonu olan hastalara ve bu hasta grubundan sorumlu olan sağlık

çalışanlarına pnömokok ve influenza aşısı önlem olarak uygulanabilmektedir (Biberoğlu, 2001; Kapucu ve Özden, 2014).

VİP gelişiminde en önemli risk faktörlerinden diğerleri ise 5 günden uzun süren mekanik ventilasyon desteği, reentübasyon hikayesi ve hastanın önceden aldığı antibiyotik tedavisidir (Biberoğlu, 2001; Kapucu ve Özden, 2014).

Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon destek tedavileri devam etmekte olan hastaların VİP' den korunması için "Hospital Infection Control Practices and Advisory Committee (HICPAC)" tarafından bazı öneriler oluşturulmuştur;

- ✓ Personelin eğitimi,
- ✓ Yüksek risk bulunan hasta grubunda pnömöni yönünden yakın monitörizasyon,
- ✓ Yoğun bakım ünitelerindeki alet ve çevreden rutin kültür uygulamaları,
- ✓ Kullanılan aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu,
- ✓ Solunum devrelerinin 48 saatten önce değiştirilmemesi, yaklaşık 7. Günde değiştirilmesi,
- ✓ Nebülizatörler de steril distile su kullanılması,
- ✓ Sağlık personellerine el yıkama alışkanlığının kazandırılması,
- ✓ Entübasyonun en erken sürede sonlandırılması,
- ✓ Hastaya başı 30-45 derece yukarıda olavak şekilde pozisyon verilmesi,
- ✓ Enteral beslenmenin regürjitasyon ve aspirasyon riskini azaltacak şekilde gerçekleştirilmesi,
- ✓ Endotrakeal tüpün çıkartılmadan önce subglotik bölgedeki sekresyonların aspire edilmesi,
- ✓ Sağlık çalışanlarına postoperatif bakım eğitimi,
- ✓ Yüksek risk taşıyan hasta grubuna pnömokok aşısı uygulanması,
- ✓ Rutin olarak antibiyotik profilaksisinden kaçınılmasıdır (Biberoğlu, 2001).

VİP' in tedavisine başlanması için öncelikle VİP tanısının (klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik bulgular sonucu) erken ve doğru konulmuş olması gerekir. Bazen klinik bulgular doğrultusunda VİP tanısı yanlış pozitiflik verebilmektedir. Çünkü VİP tanısı kesin olarak koyabilmek için bir standart yoktur. Diğer bir yöntem olarak klinik pulmoner infeksiyon skoru (KPİS) kullanılmaktadır. Bu skor da altı parametre kullanılmaktadır. Bunlar; ateş, lökosit sayısı, trakeal sekresyon varlığı, radyolojik anomalilikler, mikrobiyolojik bulgular, oksijen saturasyonudur. Bu parametrelerden her biri 0-2 arasında puanlandırılır. KPİS skorunun  $> 6$  olması VİP tanısının erken ve doğru konulmasına yardımcı olur. Erken dönemde hekim işbirliği ile antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Başlanan antibiyotik tedavisinin etkinliği tedavi başladıktan üç gün sonra hastanın mikrobiyolojik, radyolojik, klinik bulguları ve KPİS değerlendirilmesi yapılmalıdır. KPİS skorunun  $< 6$  tedavinin uygun olmadığını gösterir, mikrobiyolojik, radyolojik, klinik bulgular doğrultusunda hekim tarafından tedavi değiştirilmelidir. VİP' in tedavi süreci 14-21 gün olarak belirlenmiştir. Hastanın klinik, mikrobiyolojik, radyolojik bulgularında düzelme doğrultusunda antibiyotik tedavisi erken dönemde kesilmelidir (Dizbay, 2014).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Bu araştırma mekanik ventilasyon uygulanan hastaların günlük yaşam aktivitesi, hemşirelik bakım gereksinimleri ve bu gereksinimlerin ne düzeyde karşılandığının belirlenmesi amacı ile planlanmış, tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap arandı;

1. Mekanik ventilasyon uygulanmış olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini karşılama düzeyleri nedir?
2. Günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi sosyo-demografik özelliklere göre değişmekte midir?
3. Mekanik ventilasyon uygulanmış olan hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerine ilişkin görüşleri nelerdir?

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Araştırma 15.05.2017- 31.10.2017 tarihleri arasında vakıf ünitesine bağlı özel bir hastanede mekanik ventilasyon destek tedavisi almış hastalar ile gerçekleştirildi.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini vakıf ünitesine bağlı özel bir hastanede mekanik ventilasyon destek tedavi almış ve tedavi süreci sonlanmış, yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüş veya görmekte olan hastalar oluşturdu.

Veriler bire bir görüşme yöntemi ile, veri toplama araçları kullanılarak toplandı. Görüşme esnasında hastaların yorulması durumunda ara verilip hasta uygun olduğunda tekrar devam edilerek veriler toplandı.

#### **Örnekleme alınma kriterleri;**

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Araştırmanın yapıldığı özel hastane de tedavi görmüş olmak,
- Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon destek tedavisi almış olmak,
- Mekanik ventilasyondan ayrılmış olmak,
- Kan gazı, oksijen saturasyonu ve solunum fonksiyonu parametrelerinin normal sınırlarda olması ve iletişim kurmaya engel olmaması,
- Araştırmaya katılma konusunda istekli olmak.

#### **Örnekleme alınmama kriterleri;**

- Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon destek tedavisi almayan hastalar,
- Araştırmaya katılma konusunda isteksiz olanlar araştırma kapsamına alınmadı.

Buna göre araştırmanın örneklemini 71 mekanik ventilasyon destek tedavisi almış hasta grubu oluşturdu.

## **5.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı ve araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden gerekli izinler alındı (Ek 2, Ek 4). Alınan izinler doğrultusunda anket yöntemi ile hastalardan veriler toplandı.

Araştırma ile ilgili açıklama yapılarak, hastalara isimlerini belirtmeden anket formunu cevaplamaları istendi. Hastalardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındı.

## **5.5. VERİLERİN TOPLANMASI**

### **5.5.1. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı, araştırmanın yapılacağı İstanbul il merkezinde bulunan vakıf ünitesine bağlı özel bir hastane yönetiminden gerekli izin alındı (Ek 4). Alınan izinler doğrultusunda hastalardan anket yöntemi ile veriler toplandı.

Anket uygulamalarına başlamadan önce araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan hastalar seçildi. Araştırma ile ilgili açıklama yapılan hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu alındı ve isimlerini belirtmeden anket formunu cevaplamaları istendi.

### **5.5.2. Veri Toplama Araçları**

Veriler bire bir görüşme yöntemi ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak toplandı. Görüşme esnasında hastaların yorulması durumunda ara verilip hasta uygun olduğunda tekrar devam edilerek veriler toplandı.

Verilerin toplanabilmesi için hastaların 18 yaş ve üzerinde olması, araştırmayı katılmayı kabul etmesi, şimdiki hastane yatışı sırasında mekanik ventilasyon uygulanmış olması, mekanik ventilasyondan ayrılmış olması, kan gazı, oksijen saturasyonu ve solunum fonksiyonu parametrelerinin normal sınırlarda olması ve iletişim kurmaya engel olmaması ve tedavisinin yatan hasta servisinde devam etmekte olması tercih edildi.

#### **1. Hasta Bilgi Formu**

Literatür bilgilerinden yararlanılarak (Türkmen, 2005; Uzun, 2007; Uçgun, 2008), araştırmacı tarafından, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin sorgulanması amacıyla hazırlandı (Ek 3).

#### **2. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği**

Ölçeğin kullanım izni, ölçeği Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ekibin danışmanı olan Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran'dan alındı. Katz ve arkadaşları

tarafından geliştirilen, Cankurtaran'ın danışmanlığında Arık ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi öz-bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir (Arık, 2015).

Bu ölçek, hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, geçerlilik ve güvenilirlikleri yüksek ölçeklerdir. Bu ölçek, hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme yeteneğini ölçerek işlevsel durumunu tanımlamada kullanılan bir araçtır. Likert tipi olan ölçek 1-3 arası puanlanmaktadır.

Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilir. GYA ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Arık, 2015) (Ek 3).

### **3. Bakım Gereksinimleri Anketi**

Literatür bilgilerinden yararlanılarak (Türkmen, 2005; Uzun,2007; Uçgun,2008), araştırmacı tarafından geliştirilen anket, hastaların bakım gereksinimlerini sorgulamak amacıyla hazırlandı. "Evet" ve "Hayır" olarak yanıtlanan 17 sorudan oluştu. Evet yanıtı verilen sorular 'Çok, Orta ve Az' şeklinde üçlü likert tipinde düzenlendi (Ek 3).

## **5.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Program For Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler değerlendirilirken, Frekans dağılımı, Kruskal Wallis, Mann Whitney U Testleri kullanıldı.

## 6. BULGULAR

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 71 hasta ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 4 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri
2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine ilişkin bulgular
3. Hastaların önemli sosyo-demografik özelliklerinin KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması
4. Bakım gereksinimi anketine ilişkin bulgular

### 6.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı bölge, yaşadığı yer, aile gelir durumu, sigara kullanma durumu, sigara kullanma süresi ve miktarı, alkol kullanma durumu, alkol tüketim sıklığı, kronik hastalığı bulunma durumu, mevcut kronik hastalık, kronik hastalığı olduğu süre ve sürekli kullandığı bir ilaç olma durumu değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 1’de verildi.

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=71)**

Özellik	Kategori	n	%
Cinsiyet	Erkek	43	60,6
	Kadın	28	39,4
Yaş	<i>Ortalama: 50,23 ± 18,550 (Aralık: 16-89)</i>		
Eğitim Durumu	İlkokul	20	28,2
	Ortaokul	11	15,5
	Lise	18	25,4
	Üniversite	16	22,5
	Lisansüstü	6	8,5



**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)**

<b>Özellik</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Meslek	Ev hanımı	18	25,4
	Memur	7	9,9
	İşçi	6	8,5
	Serbest meslek	12	16,9
	Diğer	28	39,4
Medeni Durum	Evli	60	84,5
	Bekar	11	15,5
Sosyal Güvence	Yok	1	1,4
	SGK	66	93,0
	Özel sağlık sigortası	4	5,6
Yaşadığı Bölge	Marmara Bölgesi	45	63,4
	Ege Bölgesi	5	7,0
	Karadeniz Bölgesi	14	19,7
	Akdeniz Bölgesi	1	1,4
	İç Anadolu bölgesi	2	2,8
	Doğu Anadolu Bölgesi	3	4,2
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1	1,4
Yaşadığı Yer	Şehir	60	84,5
	Kasaba	5	7,0
	Köy	6	8,5
Aile Gelir Durumu	Gelir giderden az	7	9,9
	Gelir gidere denk	46	64,8
	Gelir giderden fazla	18	25,4
Sigara Kullanma Durumu	Evet	28	39,4
	Hayır	43	60,6
Sigara Kullanım Süresi	0-5 yıl	7	9,9
	6-10 yıl	6	8,5
	10 yıl ve üzeri	20	28,2

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)**

Özellik	Kategori	n	%
Günlük Sigara Tüketimi	1-10 adet	10	14,1
	11-20 adet	18	25,4
	21 adet ve üzeri	2	2,8
Alkol Kullanma Durumu	Evet	51	71,8
	Hayır	20	28,2
Alkol Kullanım Sıklığı	Her gün	1	1,4
	Haftada 1-2	7	9,9
	Ayda 1-2	10	14,1
	Diğer	2	2,8
Kronik Hastalığı	Evet	37	52,1
Bulunma Durumu	Hayır	34	47,9
Mevcut Kronik Hastalık	Bronşit	1	1,4
	Diyabet	15	21,1
	Faranjit	1	1,4
	Hipertansiyon	21	29,6
	Kalp	1	1,4
	KOAH	3	4,2
	Kolesterol	1	1,4
	Siroz	2	2,8
	Troid	1	1,4
	Kronik Hastalık Süresi (yıl)	<i>Ortalama: 9,20 ± 5,182 (Aralık: 1-20)</i>	
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	43	60,6
	Hayır	28	39,4

Araştırmaya katılan hastaların %60,6'sı (n=43) erkek, %39,4'ü (n=28) ise kadındır.

Hastaların yaşlarının 16 ile 89 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise 50,23 ± 18,550 yaş olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %28,2'sinin (n=20) ilkokul, %15,5'inin (n=11) ortaokul, %25,4'ü (n=18) lise, %22,5'inin (n=16) üniversite, %8,5'inin (n=6) ise lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu belirlendi.

Hastaların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %9,9'unun (n=7) memur, %8,5'inin (n=6) işçi, %16,9'unun (n=12) serbest meslek sahibi, %39,4'ünün (n=28) diğer bir meslek mensubu, %25,4'ünün (n=18) ise ev hanımı olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %84,5'inin (n=60) evli, %15,5'inin (n=1) ise bekar olduğu saptandı.

Hastaların %93 (n=66) ile büyük çoğunluğunun SGK sağlık güvencesi olduğu, %5,6'sının (n=4) özel sağlık sigortası olduğu, %1,4'ünün (n=1) ise herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %63,4'ünün (n=45) Marmara Bölgesinde, %7'sinin (n=5) Ege Bölgesinde, %19,7'sinin (n=14) Karadeniz Bölgesinde, %1,4'ünün (n=1) Akdeniz Bölgesinde, %2,8'inin (n=2) İç Anadolu Bölgesinde, %4,2'sinin (n=3) Doğu Anadolu Bölgesinde, %1,4'ünün (n=1) ise Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşadığı tespit edildi.

Hastaların yaşadığı yere göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %84,5 (n=60) ile büyük çoğunluğunun şehirde, %7'sinin (n=5) kasabada, %8,5'inin (n=6) ise köyde yaşadığı saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların aile gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %9,9'unun (n=7) gelirinin giderinden az, %64,8'inin (n=46) gelirinin giderine denk, %25,4'ünün (n=18) ise gelirinin giderinden fazla olduğu tespit edildi.

Hastaların %39,4'ünün (n=28) sigara kullandığı tespit edildi. Buna göre hastaların %9,9'unun (n=7) 5 yıldan az bir süredir, %8,5'inin (n=6) 6-10 yıl arası bir süredir, %28,2'sinin (n=20) ise 10 yıldan fazla bir süredir sigara kullandığı saptandı. Hastaların günlük sigara tüketim miktarları incelendiğinde ise, hastaların %14,1'inin

(n=10) günde 1-10 adet, %25,4'ünün (n=18) günde 11-20 adet, %2,8'inin (n=2) ise günde 20 adetten fazla sigara içtiği belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %71,8'inin (n=51) alkol kullandığı saptandı. Hastaların alkol kullanım sıklığı incelendiğinde, hastaların %1,4'ünün (n=1) her gün, %9,9'unun (n=7) haftada 1-2 kez, %14,1'inin (n=10) ayda 1-2 kez, %2,8'inin (n=2) ise diğer bir sıklıkta alkol kullandığı tespit edildi.

Hastaların %52,1'inin (n=37) kronik bir hastalığı olduğu saptandı. Buna göre hastaların %1,4'ünün (n=1) bronşit, %21,1'inin (n=15) diyabet, %1,4'ünün (n=1) farenjit, %29,6'sının (n=21) hipertansiyon, %1,4'ünün (n=1) kalp, %4,2'sinin (n=3) KOAH, %1,4'ünün (n=1) kolesterol, %2,8'inin (n=2) siroz ve %1,4'ünün (n=1) troid hastalığı olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %60,6'sının (n=43) sürekli kullandığı bir ilaç olduğu tespit edildi.

## **6.2. KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Bu bölümde KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine ilişkin bulgulara yer verildi.

### **6.2.1. Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı**

Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (KGYAÖ) maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 2'de verildi.

Hastaların %50,7'sinin (n=36) banyoda duş, oturarak yıkanma ve silinerek temizlenme yaptığı, %16,9'unun (n=12) hiç yardıma ihtiyacı olmadığı, %5,6'sının (n=4) sadece vücudunun bir kısmını temizlerken yardıma ihtiyaç duyduğu, %12,7'sinin (n=9) vücudunun birden fazla alanını yıkamada yardıma ihtiyaç duyduğu, %14,1'inin (n=10) ise hiç banyo yapamadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %4,2'sinin (n=3) kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkarabildiği, %23,9'unun (n=17) kıyafetlerini alıp yardımsız giyinebildiği, %25,4'ünün (n=18) kıyafetlerini alıp giyebildiği ancak ayakkabısını bağlarken yardıma ihtiyaç duyduğu, %46,5'inin (n=33) ise kıyafetlerini alıp giymede tamamen yardıma ihtiyaç duyduğu saptandı.

Hastaların %29,6'sının (n=21) tuvalete yardımsız gidebildiği, kendisini temizleyebildiği ve eşyalarını hazırlayabildiği, %29,6'sının (n=21) destek için baston, sandalye kullandığı, %32,4'ünün (n=23) tuvalete gitmekte, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardıma ihtiyaç duyduğu, %8,5'inin (n=6) ise tuvalete gidemediği ya da tuvalet ihtiyacının farkına varamadığı tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %33,8'inin (n=24) yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabildiği, %31'inin (n=22) destek için baston, yürüme aracı kullandığı, %28,2'sinin (n=20) yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkabildiği, %7'sinin (n=5) ise yataktan çıkamadığı belirlendi.

Hastaların %56,3'ünün (n=40) idrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebildiği, %5,6'sının (n=4) ara sıra kaçırdığı, %38'inin (n=27) ise gözetime ihtiyaç duyduğu, kateter kullandığı ya da hiç kontrol edemediği tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %67,6'sının (n=48) yardımsız beslenebildiği, %25,4'ünün (n=18) etleri kesme veya ekmek yağlamada yardım aldığı, %7'sinin (n=5) ise beslenmede yardıma ihtiyaç duyduğu veya tüple veya IV ile beslendiği saptandı (Tablo 2).

**Tablo 2. Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=71)**

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	N	%
<i>Banyo</i>		
Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme	36	50,7
Hiç yardıma ihtiyacı yok	12	16,9
Sadece vücudunun bir kısmını temizlerken yardım gerekli	4	5,6
Vücudun birden fazla alanını yıkamada yardım gerekli	9	12,7
Hiç banyo yapamıyor	10	14,1

<i>Giyinme</i>		
Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak	3	4,2
Kıyafetlerini alıp yardımsız giyinebiliyor	17	23,9
Kıyafetlerini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli	18	25,4
Kıyafetlerini alıp giymede yardım / kısmen / tamamen giyinmemiş kalıyor	33	46,5
<i>Tuvalet</i>		
Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor, eşyalarını hazırlayabiliyor	21	29,6
Destek için baston, sandalye kullanıyor	21	29,6
Tuvalete gitmekte, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor	23	32,4
Tuvalete gidemiyor ya da tuvalet ihtiyacının farkına varamıyor	6	8,5
<i>Hareket</i>		
Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor	24	33,8
Destek için baston, yürüme aracı kullanıyor	22	31,0
Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor	20	28,2
Yataktan çıkamıyor	5	7,0
<i>Kontinans</i>		
İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor	40	56,3
Ara sıra kaçırma oluyor	4	5,6
Gözetim gerekiyor, kateter kullanıyor ya da hiç kontrol edemiyor	27	38,0
<i>Beslenme</i>		
Yardımsız kendisi beslenebiliyor	48	67,6
Kendisi besleniyor, etleri kesme veya ekmek yağlamada yardım alıyor	18	25,4
Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor	5	7,0

### 6.2.2. Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı Tablo 3’de verildi. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği banyo maddesi

puan ortalamasının  $2,54 \pm 0,734$ , giyinme maddesi puan ortalamasının  $1,82 \pm 0,850$ , tuvalet maddesi puan ortalamasının  $1,21 \pm 0,583$ , hareket maddesi puan ortalamasının  $1,27 \pm 0,585$ , kontinans maddesi puan ortalamasının  $2,18 \pm 0,961$ , beslenme maddesi puan ortalamasının ise  $2,61 \pm 0,621$  olduğu tespit edildi. Buna göre en yüksek puan ortalamasına sahip maddenin beslenme maddesi olduğu saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3. Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı (N=71)**

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Banyo	2,54	0,734	1	3
Giyinme	1,82	0,850	1	3
Tuvalet	1,21	0,583	1	3
Hareket	1,27	0,585	1	3
Kontinans	2,18	0,961	1	3
Beslenme	2,61	0,621	1	3

Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanlarının 6 ile 18 arasında değiştiği, puan ortalamasının  $11,63 \pm 3,314$  olduğu belirlendi. KGYAÖ ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan ise bağımsız olarak değerlendirildiğinden, hastaların ortalama puanı dikkate alındığında hastaların yarı bağımlı gruba girdiği tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4. Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=71)**

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
KATZ Puanı	11,63	3,314	6	18

### 6.3. HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan hastaların önemli sosyo-demografik özellikleri KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre karşılaştırıldı.

Hastaların yaşı ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,01$ ). Analiz sonuçlarına göre hastaların yaşları ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ( $r_s$ : 0,459) (Tablo 5).

**Tablo 5. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanları ile Hastaların Yaşı Arasındaki İlişki (N=71)**

	Yaş	
	$r_s$	$P$
KGYAÖ Puanı	0,459**	<b>0,000</b>

$r_s$ : Spearman's korelasyon katsayısı \*\*  $p<0,01$

Araştırmaya katılan hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları, hastaların cinsiyetine, eğitim durumuna, medeni durumuna, yaşadığı yere, aile gelir durumuna, sigara kullanma durumuna, sigara kullanım süresine, alkol kullanma durumuna, kronik bir hastalığı bulunma durumuna ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları, hastaların mesleğine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre memur hastaların KGYAÖ puanları ( $17,00 \pm 1,826$ ), ev hanımı ve diğer meslek grubundaki hastaların puanlarına göre (sırasıyla  $11,61 \pm 2,789$  ve  $13,18 \pm 3,128$ ), işçi hastaların KGYAÖ puanları ise



(16,33 ± 1,633), ev hanımı hastaların puanlarına göre (11,61 ± 2,789) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6).

**Tablo 6. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Karşılaştırılması (N=71)**

Sosyo-Demografik Özellikler	N	KGYAÖ Puanı		$Z_{mwu} / X^2_{kw}$	p
		$\bar{x}$	$\pm ss$		
Cinsiyet	Erkek	43	13,81	3,581	$Z_{mwu} = -0,759$
	Kadın	28	13,32	2,894	p = 0,448
Eğitim Durumu	İlkokul	20	13,20	3,318	$X^2_{kw} = 7,049$
	Ortaokul	11	12,82	2,960	p = 0,133
	Lise	18	13,67	3,531	
	Üniversite	16	13,44	3,405	
	Lisansüstü	6	16,83	1,602	
Meslek	<sup>a</sup> Ev hanımı	18	11,61	2,789	$X^2_{kw} = 19,486$
	<sup>b</sup> Memur	7	17,00 <sup>(a)</sup>	1,826	<b>p = 0,001</b>
	<sup>c</sup> İşçi	6	16,33 <sup>(a)</sup>	1,633	
	<sup>d</sup> Serbest meslek	12	14,33	3,447	
	<sup>e</sup> Diğer	28	13,18	3,128	
Medeni Durum	Evli	60	13,60	3,284	$Z_{mwu} = -0,168$
	Bekar	11	13,73	3,636	p = 0,866
Yaşadığı Yer	Şehir	60	13,27	3,394	$X^2_{kw} = 4,358$
	Kasaba	5	15,40	2,408	p = 0,113
	Köy	6	15,67	1,862	
Aile Gelir Durumu	Gelir giderden az	7	14,86	1,864	$X^2_{kw} = 3,026$
	Gelir gidere denk	46	13,11	3,274	p = 0,220
	Gelir giderden fazla	18	14,44	3,682	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	28	14,07	3,288	$Z_{mwu} = -0,966$
	Hayır	43	13,33	3,336	p = 0,334
Sigara Kullanım Süresi	0-5 yıl	7	13,71	3,817	$X^2_{kw} = 1,750$
	6-10 yıl	6	15,50	3,017	p = 0,417
	10 yıl ve üzeri	20	13,45	3,284	

Alkol Kullanma Durumu	Evet	51	13,35	3,180	$Z_{mwu} = -1,256$
	Hayır	20	14,30	3,629	$p = 0,209$
Kronik Hastalığı	Evet	37	13,16	3,176	$Z_{mwu} = -1,363$
Bulunma Durumu	Hayır	34	14,12	3,436	$p = 0,173$
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	43	13,28	3,210	$Z_{mwu} = -1,210$
	Hayır	28	14,14	3,461	$p = 0,226$

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney U Testi  $X^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile hastaların kronik hastalık süresi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanları ile Hastaların Kronik Hastalık Süresi Arasındaki İlişki (N=71)**

	Kronik Hastalık Süresi	
	$r_s$	$p$
KGYAÖ Puanı	0,084	0,660

$r_s$ : Spearman's korelasyon katsayısı

#### 6.4. BAKIM GEREKSİNİMİ ANKETİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların bakım gereksinimi anketine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 8’de verildi. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaların en çok olumlu yanıt verdikleri madde “5. *Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?*” (n=69) maddesi olarak bulunurken, bu maddeyi sırasıyla “1. *Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?*” (n=68) ve “14. *Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?*” (n=67) maddelerinin izlediği saptandı.

Hastaların en çok olumsuz yanıt verdikleri maddeler ise sırasıyla “8B. *Ağız içi problemleri ilaç dışı girişimler ile mi azaldı-geçti?*” (n=46), “8A. *Ağız içi problemleri ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?*” (n=43) ve “7B. *Bulantı-kusma*

şikayetiniz ilaç dışı girişimleri ile mi azaldı-geçti?" (n=42) maddeleri olarak bulundu (Tablo 8).

**Tablo 8. Hastaların Bakım Gereksinimi Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=71)**

Madde	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
1. Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?	3	4,2	68	95,8
2. Verilen hemşirelik bakımı hastalığa tedaviye bağlı yaşadığınız yan etkilen azalmasını sağladı mı?	6	8,5	65	91,5
3. Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisi almanızı kolaylaştırdı mı?	6	8,5	65	91,5
4. Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığınız sorunları azalttı mı?	19	26,8	52	73,2
5. Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?	2	2,8	69	97,2
6. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	7	9,9	64	90,1
6A. Ağrı şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	15	21,1	56	78,9
6B. Ağrı şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi azaldı-geçti?	25	35,2	46	64,8
7. Hastalığa bağlı yaşadığınız bulantı-kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	28	39,4	43	60,6
7A. Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	35	49,3	36	50,7
7B. Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç dışı girişimleri ile mi azaldı-geçti?	42	59,2	29	40,8
8. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	35	49,3	36	50,7
8A. Ağız içi problemleri ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	43	60,6	28	39,4
8B. Ağız içi problemleri ilaç dışı girişimler ile mi azaldı-geçti?	46	64,8	25	35,2
9. Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlerinize uygun davranıyor mu?	5	7,0	66	93,0
10. Hemşireler tarafından size bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor mu?	6	8,5	65	91,5
11. Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik incelemeler konusunda hemşire tarafından bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?	5	7,0	66	93,0
12. Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde ve sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor mu?	6	8,5	65	91,5
13. Bakım uygulamalarında hemşirelerin size karşı samimi olduklarını düşünüyor musunuz?	11	15,5	60	84,5

**Tablo 8. Hastaların Bakım Gereksinimi Anketine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (devam)**

Madde	Hayır		Evet	
	n	%	N	%
14. Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?	4	5,6	67	94,4
15. Bakım uygulamaları sırasında hemşire mahremiyetinizi korumaya özen gösteriyor mu?	5	7,0	66	93,0
16. Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?	13	18,3	58	81,7
17. Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?	22	31,0	49	69,0

Araştırmaya katılan hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda bakımın derecelendirilmesine yönelik düşünceleri Tablo 9’da verildi. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaların en çok “çok” yanıtı verdikleri madde “1. Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?” (n=48) maddesi olarak bulunurken, en çok “orta” yanıtını verdikleri madde “14. Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?” (n=32) maddesi olarak bulundu. Hastaların en çok “az” yanıtını verdikleri maddenin ise “16. Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?” (n=18) olduğu saptandı (Tablo 9).

**Tablo 9. Hastaların Olumlu Yanıt Verdikleri Sorularda Bakımın Derecelendirilmesine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=71)**

Madde	Çok		Orta		Az		$\chi^2$	p
	N	%	n	%	n	%		
1. Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?	48	67,6	20	28,2	-	-	11,529	<b>0,001</b>
2. Verilen hemşirelik bakımı hastalığa tedaviye bağlı yaşadığımız yan etkilen azalmasını sağladı mı?	34	47,9	31	43,7	-	-	0,138	0,710
3. Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisi almanızı kolaylaştırdı mı?	36	50,7	28	39,4	1	1,4	31,046	<b>0,000</b>
4. Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığımız sorunları azalttı mı?	18	25,4	29	40,8	5	7,0	16,654	<b>0,000</b>
5. Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?	31	43,7	33	46,5	5	7,0	21,217	<b>0,000</b>

**Tablo 9. Hastaların Olumlu Yanıt Verdikleri Sorularda Bakımın Derecelendirilmesine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (devam)**

Madde	Çok		Orta		Az		$\chi^2$	p
	N	%	n	%	n	%		
6. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	31	43,7	30	42,3	3	4,2	23,656	<b>0,000</b>
6A. Ağrı şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	34	47,9	21	29,6	1	1,4	29,607	<b>0,000</b>
6B. Ağrı şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi azaldı-geçti?	14	19,7	24	33,8	8	11,3	8,522	<b>0,014</b>
7.Hastalığa bağlı yaşadığınız bulantı-kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	23	32,4	18	25,4	2	2,8	16,791	<b>0,000</b>
7A. Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	24	33,8	12	16,9	-	-	4,000	<b>0,046</b>
7B. Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç dışı girişimleri ile mi azaldı-geçti?	12	16,9	13	18,3	4	5,6	5,034	0,081
8. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	18	25,4	18	25,4	-	-	0,000	1,000
8A. Ağız içi problemleri ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?	14	21,1	10	14,1	3	4,2	7,786	<b>0,020</b>
8B. Ağız içi problemleri ilaç dışı girişimler ile mi azaldı-geçti?	15	21,1	10	14,1	-	-	1,000	0,317
9. Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlerinize uygun davranıyor mu?	36	50,7	29	40,8	1	1,4	31,182	<b>0,000</b>
10. Hemşireler tarafından size bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor mu?	36	50,7	27	38,0	2	2,8	28,646	<b>0,000</b>
11. Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik incelemeler konusunda hemşire tarafından bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?	33	46,5	31	43,7	2	2,8	27,364	<b>0,000</b>
12. Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde ve sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor mu?	33	46,5	30	42,3	2	2,8	26,985	<b>0,000</b>
13. Bakım uygulamalarında hemşirelerin size karşı samimi olduklarını düşünüyor musunuz?	32	45,1	22	31,0	6	8,5	17,200	<b>0,000</b>

**Tablo 9. Hastaların Olumlu Yanıt Verdikleri Sorularda Bakımın Derecelendirilmesine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=71)**

Madde	Çok		Orta		Az		$\chi^2$	p
	N	%	n	%	n	%		
14. Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?	29	40,8	32	45,1	6	8,5	18,119	<b>0,000</b>
15. Bakım uygulamaları sırasında hemşire mahremiyetinizi korumaya özen gösteriyor mu?	35	49,3	29	40,8	2	2,8	28,091	<b>0,000</b>
16. Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?	21	29,6	19	26,8	18	25,4	0,241	0,886
17. Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?	22	31,0	22	31,0	5	7,0	11,796	<b>0,003</b>

$\chi^2$ : Ki-kare testi

Araştırmaya katılan hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; madde 1, 3, 4, 5, 6, 6A, 6B, 7, 7A, 8A, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ve 17 maddelerine verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre hastaların hemşirelik bakımına çok güvendikleri, verilen hemşirelik bakımının ilaç tedavisi almayı orta düzeyde etkilediği, beslenme ile ilgili yaşanan sorunları orta düzeyde azalttığı, bu uygulamalar esnasında hemşirelerden orta düzeyde bilgi alabildikleri, hastalığa bağlı yaşanan ağrı şikayetinin ve bulantı-kusmanın giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının çok yardımcı olduğu, ağız içi problemlerin ilaç uygulamaları ile daha çok azaldığı-geçtiği, hemşirelerin bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlere çok uygun davrandığı, bakımla ilgili açıklayıcı bilgi verdikleri, uygulamalar esnasında çok samimi olduğu, bakım uygulamaları sırasında orta düzeyde etkili iletişim kurduğu, mahremiyeti korumaya çok özen gösterdiği ve hemşirelik bakım uygulamalarına ailelerin katılımını sağladıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

## 7. TARTIŞMA

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 71 hasta ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 4 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri
2. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine ilişkin bulgular
3. Hastaların önemli sosyo-demografik özelliklerinin KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması
4. Bakım gereksinimi anketine ilişkin bulgular

Konu ile ilgili hastalara ait çalışmalar sınırlı olduğundan bulgular yer yer hastalarda yapılan araştırmalar ile tartışılmıştır.

### 7.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hastaların verdikleri cevaplar doğrultusunda mekanik ventilasyon destek tedavisi almış hastaların %60,6' sını (n=43) erkek, %39,4' ünün (n=28) ise kadın olduğu saptandı (Tablo 1). Uzun ve ark.' nın (2007) yaptığı çalışmada da mekanik ventilasyon destek tedavisi almış erkek hasta sayısının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Doğu ve ark.' nın (2014) yaptığı çalışmada ise yoğun bakım ünitesinde tedavi gören kadın hastaların %58,2, erkek hastalara %41,8 göre çoğunlukta olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya göre mekanik ventilasyon destek tedavisi almış hastaların yaşlarının 16 ile 89 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $50,23 \pm 18,550$  yaş olduğu saptandı (Tablo1). Ceylan ve ark.' nın (2012) yaptığı çalışmada ise hastaların yaşlarının 20 ile 96 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $63,7 \pm 16,4$  olduğu belirtilmiştir. Uzun ve ark.' nın yaptığı çalışmada ise yaşın hastalığın prognozuna etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya göre yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların %52,1' inin (n=37) kronik hastalığı olduğu saptandı (Tablo1). Buna göre %29,6' sının

(n=21) hipertansiyon, %21,1' inin (n=15) diyabet, %4,2' sinin (n=3) KOAH, %1,4' ünün (n=1) kalp hastalığı olduğu belirlendi. Doğu ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların %23,4'ünde hipertansiyon, %18,9'ında KOAH, %14,4'ünde konjestif kalp yetmezliği, %8,1' inde ise diyabetes mellitus olduğu saptanmıştır.

Bu tip hastalıklar bazı durumlarda hastanın ventilatöre bağlanmasını gerektirir. Örneğin ileri KOAH'ı olan, akut alevlenme atakları ile sık sık hastaneye yatırılan hastalar prognozun kötüleşmesi durumunda yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilatöre bağlanarak tedavi edilebilmektedirler. Aynı şekilde hipertansiyonu olan hastalarda bu riski taşımaktadır. Hipertansiyon problemi olan hastalar daha çok tansiyon yükselmesi sonucu oluşan komplikasyonlar nedeni ile yoğun bakım ortamında takip edilmekte, ventilatöre bağlanmaktadır. Bunun en yaygın olanı hipertansiyona bağlı gelişen serebral ya da hemorajik inmelere dir. Diyabet ve kalp hastalıklarında da durum aynıdır. Hastalar bu kronik hastalıklarının yarattığı kötü prognoz nedeni ile yoğun bakım ünitelerine alınıp ventilatör ile tedavi edilebilmektedirler.

## **7.2. KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Hemşireler farklı bağımlılık düzeyindeki hastalara bakım verirler. Bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız hastaların bakım gereksinimleri farklı olduğundan hemşirelik bakımına yönelik beklentileri ve karşılanma durumunda da farklılıklar olmaktadır. Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımsızlığın ölçümü banyo yapma, beslenme, elbisesini giyme-çıkarma, yatağa girme-çıkma (hareket), tuvalete oturma-kalkma, kontinans durumlarının sorulmasıdır (Çivi ve Tanrikulu 2000). Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada hastaların bağımlılık düzeyleri KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği kullanılarak belirlendi. Hemşireler tarafından doldurulan KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği sonuçlarına göre; hastaların %50,7' sinin (n=36) banyolarını duş, oturarak yıkanma ve silinerek temizlenme şeklinde yaptığı, 16,9' unun (n=12) hiç yardıma ihtiyacının olmadığı, %5,6' sının (n=4), sadece vücudunun bir kısmını temizlerken yardıma ihtiyaç



duyduğu, %12,7' sinin (n=9) vücudunun birden fazla alanını yıkamada yardıma ihtiyaç duyduğu, %14,1' inin (n=10) ise hiç banyo yapamadığı belirlendi (Tablo 2). Yazıcı ve Kalaycı' nın yaptığı çalışmada da (2015) hastaların banyo yapma konusunda %26,5'inin tam bağımlı, %36,3' ünün yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında; kadın hastaların banyo ihtiyacını karşılamada %33,3 oranında, erkek hastaların ise %22,2 oranında bağımlı oldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar ve bizim çalışmamıza göre ventilasyon destek tedavisi alan hastaların %50'nin üzerinde olan bir kısmı banyo ihtiyacını karşılarken yardıma ihtiyaç duymaktadır. Yardım düzeyleri hastaların prognozuna göre tam bağımlı ya da yarı bağımlı düzeyde değişmektedir. Ayrıca bayanların erkeklere göre bağımlılık düzeylerinin yüksek olması bayan hastaların banyo esnasında düşmekten korkmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin tuvalet maddesine verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; hastaların %29,6'sının (n=21) tuvalete yardımsız gidebildiği, kendisini temizleyebildiği ve eşyalarını hazırlayabildiği, %29,6'sının (n=21) destek için baston, sandalye kullandığı, %32,4'ünün (n=23) tuvalete gitmekte, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardıma ihtiyaç duyduğu, %8,5'inin (n=6) ise tuvalete gidemediği ya da tuvalet ihtiyacının farkına varamadığı tespit edildi (Tablo 2). Yazıcı ve Kalaycı' nın yaptığı çalışmada (2015) hastaların tuvalet ihtiyaçlarını karşılamada %28,4' ünün tam bağımlı olduğu saptanmıştır. Cinsiyet açısından yapılan değerlendirme ise; kadınların %33,3' ünün, erkeklerin %25,4' ünün bağımlı oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların tuvalet ihtiyaçlarını karşılama konusunda yarı bağımlı ya da tam bağımlı olduklarını göstermektedir. Kadınların erkeklere göre bağımlılık düzeyinin yüksek olması, daha fazla yardıma ihtiyaç duymaları anatomik yapının farklılığından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanlarının 6 ile 18 arasında değiştiği, puan ortalamasının  $11,63 \pm 3,314$  olduğu belirlendi. KGYAÖ ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan ise bağımsız olarak değerlendirildiğinden, hastaların ortalama puanı dikkate alındığında hastaların yarı bağımlı gruba girdiği tespit edildi (Tablo 4). Yazıcı ve Kalaycı' nın yaptığı çalışmada (2015) hastaların banyo yapmada %26,5, tuvalet ihtiyaçlarını giderebilmede %28,4' ünün tam bağımlı olduğu, %36,3' ünün banyo

yapmada, %28,4' ünün kişisel bakımlarını giderebilmede yarı bağımlı oldukları saptanmıştır. Akça ve ark.' nın yaptığı çalışmada (2014) ise hastaların günlük yaşam aktivitelerinde %6,3' ünün tam bağımlı oldukları, %15,7' sinin de yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Taşdelen ve Ateş' in yaptığı çalışmada ise (2012) beş hastadan dördünün banyo gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tam bağımlı oldukları saptanmıştır. Yine aynı çalışmada on hastadan dördünün boşaltım aktivitesinde tam bağımlı oldukları belirtilmiştir.

Yoğun bakım üniteleri ve uygulanan mekanik ventilasyon destek tedavisi hastalarda bazı fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bireyler yaşanan bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duymaktadırlar. Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik durumu; solunum, beslenme, boşaltım, hareket etme, öz bakımını yapma, banyo yapma, giyinme, telefonu kullanma, alışveriş yapma, ev işlerini yapma ve kendi ilacını alma gibi kriterlerle değerlendirilmektedir. Ventilatöre bağlı olmak hastaların sayılan bu gereksinimlerini kendi başına karşılayamamasına neden olmaktadır. Bu durum da hastaların gereksinimleri kapsamında yarı bağımlı ya da tam bağımlı olmalarına neden olmaktadır.

### **7.3. HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI**

Hastaların yaşı ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p < 0,01$ ). Analiz sonuçlarına göre hastaların yaşları ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ( $r_s: 0,459$ ) ( $p < 0,05$ ). (Tablo 5). İnanır ve ark.' nın (2012) yaptığı çalışmada yaşlı hastaların temel ihtiyaçlarını sağlamalarına yönelik performansları yaş durumlarına göre; 65-70 yaş (%52,5), 70-75 yaş (%41,2), 75-80 yaş (%43,8) arasındakilerin temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik performanslarının “orta düzeyde” olduğu, 90-95 yaş gibi çok ileri yaşta olan

hastaların ise performanslarının “kötü” olduğu belirtmiştir. Aynı çalışmada hastaların yaşları arttıkça bağımlı oldukları aktivitelerde de değişim olduğu saptanmıştır. Özdemir ve ark.’nın (2005) yaptığı çalışmada ise 70-79 yaş grubu hastaların banyo, yemek hazırlama, temizlik, ilaçlarını alma ve kişisel bakım gibi aktivitelerde “kısmen bağımlı”; giyinme, kontinans ve beslenme gibi aktivitelerde bağımsız oldukları, herhangi bir aktivitede tam bağımlı olmadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermekte olup, yoğun bakımda ventilatör tedavisi uygulanmış olan hastaların yaşları arttıkça bağımlılık düzeyleri de artmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları, hastaların cinsiyetine, eğitim durumuna, medeni durumuna, yaşadığı yere, aile gelir durumuna, sigara kullanma durumuna, sigara kullanma sürecine, alkol kullanma durumuna, kronik hastalığı bulunma durumuna ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p>0,05$ ). Durademir’ in (1999) yaptığı çalışmada hastaların sosyal güvence, eğitim, gelir durumu, cinsiyeti ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme davranışları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İnanır ve ark.’nın (2012) yaptığı çalışmada da hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme davranışlarında eğitim ve medeni durumlarının olumsuz yönde etkilemediği saptanmıştır. Yazıcı ve Kalaycı yaptıkları çalışmada ise (2015) cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durumuna göre günlük yaşam aktivitelerine bağımlılık durumları değerlendirilmiş ve araştırmaya göre zıt sonuçlar elde etmişlerdir. Kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla bağımlı oldukları, 65-75 yaş arasındaki hastaların bağımsızlık oranlarının ileri yaşlara göre daha fazla olduğu, yaşla birlikte bağımlılık düzeyinin arttığı, eğitim ve medeni durum açısından değerlendirildiğinde ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

#### **7.4. BAKIM GEREKSİNİMİ ANKETİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Araştırmaya katılan hastaların bakım gereksinimleri anketinde en çok olumlu yanıtı “Hastalığınızla ilgili verilen hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?” (n=69) sorusuna vermiş oldukları belirlendi (Tablo 8).

Kumcağız ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada insanların bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde iletişim ve bilgi alışverişinin önemli olduğu üzerinde durulmuş ve iletişimin tedavide önemli bir bakım aracı olduğu belirtilmiştir. Hemşireler hastaların yaşadıklarını anlamaya çalışırken bakım verdiği birey ve ailesi ile etkili iletişim kurmalarının hastanın bakım kalitesini olumlu yönde arttırdığını saptamışlardır. Avşar ve Kaşıkçı (2010) ise yaptığı çalışmada hasta ve ailesiyle etkili iletişim kurmanın hemşirelik bakım kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada stabil kliniklerde çalışan (poliklinik hemşireleri gibi), eğitim düzeyi yüksek olan, yaş fazla olan, evli olan, çocuklu, çalışma süresi 20 yıl ve üstünde olan hemşirelerin hasta ve ailesi ile iletişim becerilerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Dunsford'un (2009) yaptığı çalışmada da sağlık ekibi ile hasta-aile arasında bilgi akışının aktif olduğu acil ve yoğun bakım ünitelerinde etkili iletişimin hasta bakımını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Yoğun bakımlarda, hastalarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerle mekanik ventilatör, kateterler gibi uygulanan invaziv girişimler hastalarda fiziksel kısıtlamalara ve psikolojik problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastalar, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla birlikte olamadıkları ve alışkanlıklarını sürdüremedikleri için yalnızlık ve izolasyon duyguları yaşayabilmekte, aynı zamanda monitör sistemlerinin, ventilatörlerin, sıvı ve/veya ilaç infüzyon pompalarının sesleri nedeniyle anksiyete yaşamakta ve değişik derecelerde psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle hastalarla etkili iletişim kurmak, yapılan her uygulama öncesinde bilgilendirmek hem hastayı, hem de yakınlarını rahatlatacaktır.

Araştırmaya katılan hastaların diğer en çok olumlu yanıt verdikleri diğer soru ise "Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?" (n=68) maddesi olduğu saptandı (Tablo 8). Bakımın derecelendirilmesine yönelik olarak verilen cevaplara göre de en çok "Çok" yanıtını alan soru da "Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?" (n=48) maddesi olarak saptandı (Tablo 9). Söyük ve ark.'nın (2001) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Söyük ve ark.'nın (2001) çalışmasında hastaların genellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim, hemşire ve personellere güvendikleri, tedavi ve bakımı yeterli buldukları, soru sorabildikleri, yoğun bakım ortamından ve sağlık çalışanlarından memnun oldukları saptanmıştır. Hindistan ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada hastaların bakım memnuniyetleri

değerlendirilmiş ve hastaların orta düzeyde memnun olduğu saptanmıştır. Geçkil ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmada da hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sekmen ve Hatipoğlu yaptığı çalışmada (1999), yoğun bakım ünitelerinde tedavi göre hastaların %63,4'ünün güven duygusunun nedeni sağlık ekibinin bakım hizmetlerine verildikleri önemden kaynaklandığını saptamışlardır. Stein-Parbury ve McKinley yaptıkları çalışmada (2000), yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalar hemşireleri; bakım veren, sürekli hastayı takip eden, öz bakımlarını gerçekleştirirken destekleyen, korku ve kaygılarını azaltan kişi olarak tarif etmiş ve hemşirelerden güven duygusu aldıklarını saptamışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların en çok olumlu yanıt verdikleri diğer soru ise "Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?" (n=67) maddesi olduğu saptandı (Tablo 8). Bakımın derecelendirilmesine yönelik olarak verilen cevaplara göre de en çok "Orta" yanıtı alan soru da "Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?" (n=67) maddesi olarak saptandı (Tablo 9). Dilek ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmaya göre mekanik ventilatör desteğindeki hastalar iletişim konusunda sıkıntı yaşanan bir gruptur. Bu hasta grubunda iletişim kuramama sonucunda anksiyete, korku, stres, bilinç ve kontrol kaybı yaşadıkları gözlenmektedir. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda iletişimde göz teması, evet/hayırlı sorular, yüz ifadeleri, kağıt-kalem, çeşitli işaretler ve şekiller kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Tosun ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise dudak hareketleri ile iletişimin ventilasyon desteğinde olan hastalar tarafından çok kullanılan bir iletişim şekli olduğunu belirtmişlerdir. Patak ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise mekanik ventilasyon desteği sonlandırılmış hastalar ile işbirliği içerisinde entübasyon sürecinde iletişim engelleri belirlenerek, engelleri azaltmak için geliştirilen iletişim tahtasının hastaların %69'unda iletişime katkısının olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların olumlu cevap verdikleri sorularda bakımın derecelendirilmesine yönelik en çok "Az" yanıtı verilen madde "Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?" (n=18) olduğu

saptandı (Tablo 9). Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon destek tedavisi alan hastalarda sıklıkla iletişim problemi mevcuttur fakat Korhan ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2015) iletişim problemi yaşanan hastalar ile mekanik ventilasyon tedavisi alan hastalar arasında sayısal benzerlik olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin bu hastalarla yaşanan iletişim problemlerine dikkat etmediklerini göstermektedir. Hastalar ile yeterli iletişim sağlamadıkları, hastaların iletişim çabalarını göz ardı ettikleri yapılan bu çalışma doğrultusunda saptanmıştır. Bu araştırmalar doğrultusunda hemşire mekanik ventilasyon destek tedavisi alan sedatize olmayan veya ekstübe olmuş, iletişim kurulabilecek hastalara kendini ifade etmesine zaman verilmeli ve iletişimde desteklenmelidir.

Araştırmaya katılan hastaların 'Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?' sorusuna %90,1 'ü (n=64) "Evet" cevabını verdiği saptanmıştır. Şimşek ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların hastalıklarının yanı sıra, kullanılan kateterler, drenler, invaziv-noninvaziv ventilasyon yöntemleri, aspirasyon, pansuman değişimleri, tedavi ve bakım uygulamaları, pozisyon değişiklikleri, uzun süre yatağa bağımlı olma nedeniyle gelişen basınç yaraları, şiddetli enfeksiyonlar ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca entübasyon tüpleri, trakeostomi, sedasyon kullanımı, sedatif ilaçlara bağlı bilinç değişiklikleri ağrının belirlenmesini ve değerlendirilmesini engelleyen faktörler olarak belirtilmiştir. Hastalarda ağrı varlığı günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve hareketsiz kalmaya neden olmaktadır. Buna karşılık Payen ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada mekanik ventilasyon destek tedavisi uygulanan sedasyon altındaki hastalarda yüz ifadesi, üst ekstremitte hareketleri ve mekanik ventilasyona uyum parametrelerini içeren davranışsal ağrı skalasının hastalara uygulanan analjezinin etkinliğinin değerlendirilmesinde etkili olduğu ve hemşireler tarafından benimsendiği saptanmıştır. Aslan ve Karadağ'ın (2007) yaptığı çalışmada ağrı, yoğun bakım ünitelerinde hemşirelere hastanın yerine düşünme, hissetme sorumluluğu yüklemektedir. Ağrı hastalarda bakım kalitesini olumsuz etkileyerek, iyileşme sürecini uzatır. Yoğun bakım hemşireleri hasta ile en fazla zaman geçiren ekip üyesi olması nedeni ile hastaların yakından izlenmesi, ağrının belirlenmesinde ve giderilmesinde önemli rollere sahiptir. Woo ve ark.'nın (2009) çalışmasında ağrının

hastanın yaşı ile bir ilişkisinin olmamasına karşın sosyo-ekonomik durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sosyo-ekonomik durumu kötü, eğitim düzeyi düşük kişilerde ağrının ileri yaşlarda daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Şimşek ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada eğitim, medeni durum, sağlık güvencesi, kronik hastalık varlığı gibi değişkenler ile ağrı arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan ve kronik hastalık sayısı fazla olan hastalarda ağrı görülme olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadın olmak, ileri yaş, kronik hastalıklar ağrı için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Jakobsson ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastalarda ağrı görülme olasılığının daha çok yüksek olduğu saptanmıştır. Reyes-Gibby ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği ve aktivite kısıtlılığına neden olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %69,0'unun (n=49) "17. Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?" sorusuna olumlu yanıt verdiği saptandı. Hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde ise %31,0'inin (n=22) çok, %31,0'inin (n=22) orta, %7,0'inin (n=5) az yanıtını verdiği tesbit edildi. Hill' in yaptığı çalışmada (1997) da araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hill, hemşirelerin %94,6' sının hasta ailesinin bakıma katılımına olanak sağladıklarını belirtmiştir. Gürkan'ın yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada (2009), en çok duyulan gereksinim hastanın yanında olmak ve bakımına katılmak olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalara baktığımızda araştırmamızla paralel sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların "8.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?" sorusuna %50,7' si (n=36) olumlu cevap verirken, 49,3' ü (n=35) olumsuz cevap vermiştir. Çetin ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2017) mekanik ventilasyon tedavisinin; endotrakeal tüp varlığı nedeniyle ağzın sürekli açık kalması, ilaç ve besinlerin ağız yoluyla alınmaması, endotrakeal tüp tespitinde kullanılan bağların, flasterlerin doku bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır. Hastada diş plaklarının oluşumu, peridontal hastalıklar, ağız kokusu, stomatitis, peridontal hastalıklar meydana

gelmektedir. Bu hastalara uygulanacak ağız bakımı ile hastalar mekanik ventilasyon tedavisinin yol açtığı akciğer enfeksiyonlarından korunduğunu belirtmişlerdir. Li ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2015) hemşirelerin klorheksidin ve povidon iyot gibi antiseptikler ile yapılan ağız bakımının hastalarda VİP oluşumunu önemli oranlarda azalttığını saptamışlardır. Par ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2014) mekanik ventilasyon destek tedavisi alan hastaların ağız boşluğunda diş plağında kolonize bakterilerin aspire edilmesi sonucu VİP oluştuğu bu nedenle klorheksidin ile ağız bakımının VİP insidansını önemli oranlarda düşürdüğü saptanmıştır. Bu araştırmalar doğrultusunda hemşireler mekanik ventilasyon destek tedavisi alan hastalarda oral mukozayı günlük olarak değerlendirilerek, doğru bakım aracının ve ürününün seçilmesinde, ağız bakım sıklığının belirlenmesinde etkin rol oynamakta ve hastada VİP oluşumunu önemli oranda azaltmaktadırlar.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan bu çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- ✓ Araştırmaya katılan hastaların %60,6' sının (n=43) erkek olduğu, yaş ortalaması incelendiğinde  $50,23 \pm 18,550$  (16-89 yaş arasında) olduğu saptandı.
- ✓ Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %28,2' sinin (n=20) ilkokul mezunu olduğu, %84,5' inin (n=60) evli olduğu, %93,0' ünün (n=66) SGK' sının olduğu saptanmıştır.
- ✓ Hastaların sigara kullanma durumları incelendiğinde %60,6' sının (n=43) hayır cevabı verdiği, evet cevabı verenlerin %28,2' sinin (n=20) 10 yıl ve üzerinde kullandığı ve %25,4' ünün (n=18) günde 11-20 adet sigara içtiği saptanmıştır.
- ✓ Hastaların %52,1' inin (n=37) kronik hastalığı bulunmadığı, kronik hastalığı olanların ise %29,6' sının (n=21) hipertansiyon, %21,1' inin (n=15) diyabeti olduğu saptandı.
- ✓ Hastaların KATZ günlük yaşam aktivitelerine göre değerlendirilmeleri incelendiğinde puan ortalamaları; banyo maddesinde  $2,54 \pm 0,734$ , giyinme maddesinde  $1,82 \pm 0,850$ , tuvalet maddesinde  $1,21 \pm 0,583$ , hareket maddesinde  $1,27 \pm 0,585$ , kontinans maddesinde  $2,18 \pm 0,961$ , beslenme maddesinde  $2,61 \pm 0,621$  olduğu, en yüksek puan ortalamasının ise beslenme maddesi olduğu saptandı (Tablo 3).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanlarının 6-18 arasında değiştiği, puan ortalamasının  $11,63 \pm 3,314$  olduğu saptandı. Bu araştırmaya göre hastaların yarı bağımlı olduğu tespit edildi (Tablo 4).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların yaşı ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p < 0,01$ ). Sonuçlara göre hastaların yaşları ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanları arasında istatistiksel

açından anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ( $r_s$ : 0,459) (Tablo 5).

- ✓ Araştırmaya katılan hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanları, hastaların cinsiyetine, eğitim durumuna, medeni durumuna, yaşadığı yere, aile gelir durumuna, sigara kullanma durumuna, sigara kullanım süresine, alkol kullanma durumuna, kronik bir hastalığı bulunma durumuna ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).
- ✓ Hastaların KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları, hastaların mesleğine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre memur hastaların KGYAÖ puanları ( $17,00 \pm 1,826$ ), ev hanımı ve diğer meslek grubundaki hastaların puanlarına göre (sırasıyla  $11,61 \pm 2,789$  ve  $13,18 \pm 3,128$ ), işçi hastaların KGYAÖ puanları ise ( $16,33 \pm 1,633$ ), ev hanımı hastaların puanlarına göre ( $11,61 \pm 2,789$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6).
- ✓ KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile hastaların kronik hastalık süresi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?” sorusuna %97,2’sinin ( $n=69$ ) evet yanıtı verdikleri saptandı.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz? ” sorusuna %95,4’ ü ( $n=68$ ) evet yanıtını verdiği (Tablo 8), olumlu cevaplara verdikleri derecelendirmeye bakıldığında ise %67,6’ sının ( $n=48$ ) çok yanıtını verdiği saptandı (Tablo 9).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Verilen hemşirelik bakımı hastalığa tedaviye bağlı yaşadığınız yan etkilerin azalmasını sağladı mı? ve Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisi almanızı kolaylaştırdı mı?” sorularına %91,5’ inin ( $n=65$ ) evet yanıtını verdiği saptandı (Tablo 8).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Hemşirelik bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna %94,4’

ünün (n=67) evet yanıtını verdiği (Tablo 8), derecelendirilmesine bakıldığında %45,1' inin (n=32) orta yanıtını verdiği saptandı (Tablo 9).

- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Ağız içi problemleri ilaç dışı girişimlerle mi azaldı?” sorusuna %64,8'i (n=46), “Ağız içi problemleri ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?” sorusuna %60,4 (n=43), “Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç dışı girişimleri ile mi azaldı-geçti?” sorusuna %59,2 (n=42) en çok olumsuz yanıt verdikleri saptandı (Tablo 8).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların %81,7' sinin (n=58) olumlu yanıt verdikleri “Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?” (Tablo 8) sorusunun derecelendirilmesine bakıldığında %25,4 (n=18) ile en çok az yanıt verdikleri soru olduğu saptandı (Tablo 9).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?” sorusuna %90,1' inin (n=64) olumlu yanıt verdikleri saptandı (Tablo 8).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?” sorusuna %69,0' unun (n=49) olumlu yanıtı verdikleri saptandı (Tablo 8).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların “Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığınız sorunları azalttı mı?” sorusuna %73,2' sinin (n=52) olumlu yanıt verdiği (Tablo 8), derecelendirilmesine bakıldığında %40,8' inin (n=29) orta yanıtını verdikleri saptandı (Tablo 9).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; madde 1, 3, 4, 5, 6, 6A, 6B, 7, 7A, 8A, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ve 17 maddelerine verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine bakıldığında; hastaların hemşirelik bakımına çok güvendikleri, verilen hemşirelik bakımının ilaç tedavisi almayı orta düzeyde etkilediği, beslenme ile ilgili yaşanan sorunları orta düzeyde azalttığı, bu uygulamalar esnasında hemşirelerden

orta düzeyde bilgi alabildikleri, hastalığa bağlı yaşanan ağrı şikayetinin ve bulantı-kusmanın giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının çok yardımcı olduğu, ağız içi problemlerin ilaç uygulamaları ile daha çok azaldığı-geçtiği, hemşirelerin bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlere çok uygun davrandığı, bakımla ilgili açıklayıcı bilgi verdikleri, uygulamalar esnasında çok samimi olduğu, bakım uygulamaları sırasında orta düzeyde etkili iletişim kurduğu, mahremiyeti korumaya çok özen gösterdiği ve hemşirelik bakım uygulamalarına ailelerin katılımını sağladıkları belirlenmişlerdir (Tablo 9).



## ÖNERİLER

Araştırmaya göre hemşirelerin, mekanik ventilasyon destek tedavisi almış olan hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması konusunda bilgi düzeylerinin artırılmasına ihtiyaç vardır. Bunun için yoğun bakım hemşirelerinin konu ile ilgili teorik eğitimlerinin yanı sıra, görsel öğrenme teknikleri ve simülasyon uygulama yöntemleri kullanılarak bilgileri pekiştirilmelidir.

- ✓ Hemşirelere bakım uygulamaları esnasında aile üyeleri ve hasta ile iletişim halinde olmanın önemi anlatılmalıdır.
- ✓ Yarı bağımlı hastaların desteğe ihtiyaç duydukları bakım uygulamalarını nasıl gerçekleştirecekleri uygulamalı olarak anlatılmalıdır.
- ✓ Bağımsız olan hastalar yapmaları gereken günlük yaşam aktiviteleri konusunda bilgilendirilmeli ve yönlendirmelidir.
- ✓ Hemşirelere, hemşirelik bakım uygulamaları sırasında hastaların görüş, inançlarına saygı duymaları ve mahremiyetlerinin korunmasına özen göstermeleri gerektiği hatırlatılmalıdır.
- ✓ Hemşireler bakım uygulamalarının geliştirilmesinde, uygulanmasında desteklenmeli ve sık eğitimler ile bakım uygulamalarının önemi vurgulanmalıdır.
- ✓ Hemşireler sürekli eğitim ve araştırma konularında desteklenmelidir.
- ✓ Bakıma yönelik son teknolojik gelişmeler takip edilmeli ve bu yeniliklerin alanda kullanılabilmesi konusunda hastane yönetimi ile işbirliği sağlanmalıdır.

## 9.KAYNAKLAR

Akça SD, Saraçlı Ö, Emre U, Atasay N, Gdl S, Barut B, Atasoy HT. Hastanede Yatan Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Anksiyete ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. Noropsikiyatri Arşivi 2014, 51:267-274.

Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. Akademik Geriatri Dergisi, 2009. 1(2):73.

Aktaş Y, Karabulut N. Mekanik Ventilasyonlu Hastada Ağrı Değerlendirmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014. 3(4):1132-1146.

Arık G, Varan H, Yavuz B, Karabulut B, Cankurtaran M. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics 61 (2015) 344–350

Aslan F, Karadağ Ş. Ağrı: Yoğun Bakım nitesinde Hemşireye Hastanın Yerine Düşünme ve Hissetme Zorunluluk ve Sorumluluğu Yükleyen Bir Sorun. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007, 11(2):89-95.

Avşar G, Kaşıkçı M. Hemşirelik Yüksekokulu ğrencilerinde Duygusal Zeka Düzeyi. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilim Dergisi 2010, 13:1-6.

Bacakoğlu F. Temel İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulama Yöntemleri. Yoğun Bakım Dergisi, 2002. 2(4):215-224.

Biberoğlu K. Ventilatörle İlişkili Pnömoni. Yoğun Bakım Dergisi 2001, 1(2):98-105.

Bozkurt G. Yoğun Bakımda Ventilatöre Bağlı Gelişen Pnömoninin nlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010, 14(1):20-25.

Ceylan E, İtil O, Gülsüm A, Ellidokuz H, Uçan E, Akkoçlu A. İç Hastalıkları Yoğun Bakım nitesinde İzlenmiş Hastalarda Mortalite ve Morbiditeyi Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi 2001, 2(1):6-12.

Çelik S. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006, 10(1-2):19-25.

Çelikel T, İskit A. Mekanik Ventilasyonun Sonlandırılması (Weaning). Yoğun Bakım Dergisi 2004, 4(4):205-210.

Çetin B, Aygin D. Ventilatörle İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Ağız Bakımının Rolü. Sakarya Tıp Dergisi, 2017. 7(1):74-78.

Çivi S, Tanrikulu MZ. Yaşlılarda Bağımlılık Ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. Türk Geriatri Dergisi 2000, 3:85-90.

Dikensoy Ö. Mekanik Ventilasyon Nedir? 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 2006, 13-17 Eylül, Antalya.

Dikmen Y. Mekanik Ventilasyon Klinik Uygulama Temelleri. Ankara, Güneş Tıp Kitap Evleri, 2012.

Dilek F, Bitek D, Erol Ö. Yoğun Bakım Tedavisi Alan Yaşlı Hastalarda Sık Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015, 19(1):29-35.

Dizbay M. Ventilatörle İlişkili Pnömoni: Tedavi İlkeleri. 29. Ankem antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi Dergisi 2014, 28(Ek 2):212-215.

Doğu T, Karakuzu Z, Katı Ş, Omaygenç D, Katı Y, Çoban G, Toman H. Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Prognozu. International Journal of Clinical Research 2014, 2(4):143-148.

Dunsford J. Structured Communication Improving Patient Safety With SBAR. Nurs Womens Health 2009, 5:386-390.

Durademir A. Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri Ve Öz Bakım Davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1999, 3(1):16-20.

Geçkil E, Dündar Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008, 41-51.

Gümüş A, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli İle Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012. 3(1):13-21.

Gündoğan K, Coşkun R, Güven M, Sungur M. Yoğun Bakımda Endotrakeal Entübasyon Komplikasyonları. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011, 2:39-43.

Gürkan A. Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009, 13(1):1-5.

Hill C. Evaluating The Quality of After Death Care. *Nursing Standart* 1997, 12(8):36-39.

Hindistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2009, 13(1):40-46.

İnanır İ, Kayış A, Yılmaz K. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri. *Türk Geriatri* 2012, 5.Ulusal Yaşlı Kongresi.

Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Pain Management in Elderly Persons Who Require Assistance With Activities of Daily Living A Comparison of Those Living At Home With Those İn Special Accommodations. *Evr J Pain* 2004, 8:335-344.

Kaplan T, Han S. Mekanik Ventilatorlerin Tarihsel Süreç İçindeki Gelişimi. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2014, P147-150.

Kapucu S, Özden G. Ventilatorle İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014. s. 99-110.

Karakoç E. Temel Mekanik Ventilasyon Modları ve Ayarlamalar. *Yoğun Bakım Dergisi* 2007, 7(3):317-321.

Karakurt S. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon. *Marmara Medical Journal* 2011, 24(1):44-58.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185:914-919.



Korhan E. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Sedasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012, 16(1):29-36.

Korkmaz F, İlçe A. Mekanik Ventilatörden Ayırmada Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2009, 1(2):81-87.

Koyuncu A, Kürklüoğlu M, Güler A, Demirkılıç U. Mekanik Ventilasyon Ayırma ve Hemşirelik. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2011, 19 (4):671-681.

Koyuncu A, Yava A, Kürklüoğlu M, Güler A, Demirkılıç U. Mekanik Ventilasyondan Ayırma ve Hemşirelik. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2011, 19(4):671-681.

Köksal G, Tütüncü Ç. Mekanik Ventilasyon Klinik Uygulama Temelleri. İçinden: Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastaların Beslenmesi. Y Dikmen (editör), Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2012, s. 161-170.

Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik S, Avcı İ. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011, 38(1):49-56.

Li L, Ai Z, Li L, Zheng X, Jie L. Can Routine Oral Care With Antiseptics Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Patients Receiving Mechanical Ventilation? An Update Meta-Analysis from 17 Randomized Controlled Trials. İnt J Clin Exp. Med. 2015, 8(2):1645-1702.

Mobily PR, Herr KA, Clark MK, Wallace RB. An Epidemiologic Analysis of Pain in The Elderly. J Ageing Health 1994, 6:139-154.

Onarıcı M, Karadağ M. Mekanik Ventilasyondaki Hastalarda Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Pozisyonun Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015, 70-74.

Özcan P. Ventilatör İlişkili Pnömoni. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2016. 2(1):15-25.

Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirilme Formu ve Geriatrik Sorunlar. Türk Geriatri Dergisi 2005, 8:94-100.

Özveren H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010, 92-99.

Palaz N, Güz V, Solmaz Ü, Doğanay G. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Hizmetlerine Ayrılan Süre. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2011,15 (1).

Par M, Badovinac A, Plancak D. Oral Hygiene Is An Important Factor For Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. Acta Clin Croat 2014, 53(1):72-80.

Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication Boards in Critical Care: Patients Views. Appl Nurs Res 2006, 19(2006):182-190.

Reyyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of Pain on Self-Rated Health in the Community-Dwelling Older Adults. Pain 2002, 95:75-82.

Sayan A. Günümüzde Evde Bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004,7(3):91-96.

Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun Bakım Ünitesi Teknolojik Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 1999, 3:22-26.

Söylük S, Öre B, Yürügen B. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Tatmininin Ölçülmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2001, 5:12-15.

Stein-Parbury J, McKinley S. Patient's Experiences of Being In An Intensive Care Unit: A Select Literature Review. Am J Crit Care 2000, 9:20-27.

Şimşek T, Yumin E, Öztürk A, Sertel M, Yumin M. Ev Ortamında Yaşayan Yaşlı Bireylerde Ağrı ile Sağlık Durumu, Mobilite ve Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2011, 57:216-220.

Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2012, 9 (3): 22-29.

Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011, 1:21-25.

Tosun N, Yava A, Ünver U, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Experience of Patients on Prolonged Mechanical Ventilation: A Phenomeno-Logical Study. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009, 29(3):648-658.

Türkmen E. İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastanın Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005, 2(2):22-29.

Türkoğlu M. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları ve Korunma. Türkiye Klinikleri Yoğun Bakım Özel Dergisi, 2015. 1(1):49-54.

Uçgun İ. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Dergisi 2008, 8(1):44-59.

Uysal N, Gündoğdu N, Börekçi Ş, Dikensoy Ö, Bayram N, Uyar M, Bayram H, Filiz A, Ekinci E, Mutlu G. Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yoğun Bakım Hastalarının Prognuzu. Yoğun Bakım Dergisi 2010, 1:1-5.

Uysal N. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon: Endikasyonlar ve Uygulama. Yoğun Bakım Dergisi, 2005. 5(Ek 1):5-7.

Uzun K, Teke T, Atalay H, Kurt E. Solunum Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastaların Sonuçları. Genel Tıp Dergisi 2007, 17(4):187-190.

Yazıcı S, Kalaycı I. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 2015. 3(3):385-390.

Woo J, Levng J, Lou E. Prevelance and Correlates of Musculoskelatel Pain in Chinese Elderly and The Impact on 4-year Physical Function and Quality of Life. Public Health 2009, 123:549-556.



## EKLER


### EK1: ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Gözde	<b>Soyadı</b>	Kara
<b>Doğum Yeri</b>	İzmir	<b>Doğum Tarihi</b>	04.11.1992
<b>Tel</b>	0 (537) 227 93 31	<b>E-mail</b>	gozdekara92@gmail.com

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	Devam Ediyor
<b>Lisans</b>	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2015
<b>Lise</b>	Karşıyaka Anadolu Meslek Lisesi	2010

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>Ales Puanı</b>	61,13083	61,49162	69,97842
<b>Program</b>			<b>Kullanma Becerisi</b>
MS Office Programları (Excel, Word, Powerpoint)			İyi seviyede
<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre(Yıl-Yıl)</b>	
Hemşire	Şişli Florence Nightingale Hastanesi	2013-Devam Ediyor	

## EK2: ETİK KURUL ONAYI

  
T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

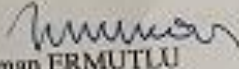
Sayı : 44140529 / 2016-128  
Konu : Tez çalışması

29.11.2016

Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ  
Hemşirelik

Aşağıda belirtilen çalışmamız 29.11.2016 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmamın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Numan ERMUTLU  
Başkan

**Çalışmanın Adı:** "Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması.

**Sorumlu Araştırmacı:** Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

**Diğer Araştırmacılar:** Gözde KARA, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

**Proje ile İlgili Temas Kurulacak Kişi:** Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

**Merkez sayısı:** Tek merkez



İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu  
Karar No : 29.11.2016/55-10

Çalışmanın Adı: "Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

Başkan  
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

Başkan Yardımcısı  
Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye  
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Üye  
Prof. Dr. Ali Seyfi Yalın YALÇIN

Üye  
Doç. Dr. Demet AKIN

Üye  
Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye  
Ecz. Pınar DEMİR ÖZKER

Raportör  
Yard. Doç. Dr. Ersan EROĞLU

Üye  
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye  
Prof. Dr. Işın BAKAL KULAKSIZOĞLU

Üye  
Doç. Dr. Semiha AKIN

Üye  
Av. Özlem ÖZTÖRK

Üye  
Cafer KILIÇ

## **EK3: ANKET FORMU**

### **1. Hasta Bilgi Formu**

**1.Cinsiyet:** a) Erkek b) Kadın

**2.Yaşınız:**.....

**3.Eğitim düzeyiniz nedir?**

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise ve dengi e) Üniversite f) Lisansüstü

**4. Mesleğiniz nedir?**

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e)Diğer.....

**5. Medeni durumunuz nedir?**

a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

**6.Sosyal güvence türünüz nedir?**

a)Yok b) SGK c) Özel sağlık sigortası d) Diğer.....

**7. Yaşamınızın En Büyük Kısmını Hangi Bölgede Geçirdiniz?**

1 ( ) Marmara 2 ( ) Ege 3 ( ) Karadeniz 4 ( ) Akdeniz 5 ( ) İç 6 ( ) Doğu  
7 ( ) Güneydoğu

**8. Yaşamınızın En Uzun Bölümünü Nerede Geçirdiniz?**

1. ( ) Şehir 2. ( ) Kasaba 3. ( ) Köy

**9.Ailenizin gelir durumu nasıldır?**

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

**10.Sigara kullanıyor musunuz?**

a) Evet b) Hayır



**11. Ne kadar süre ile kullandınız-kullanıyorsunuz?**

a) 0-5 yıl            b) 5-10 yıl            c) 10 ve üzeri

**12. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz?**

a) 1-10 adet            b) 10-20 adet            c) 21 ve üzeri

**13. Alkol kullanıyor musunuz?**

a) Hayır            b) Evet

**14. Eğer cevabınız evet ise ne sıklıkta kullanırsınız?**

a) Hergün            b) Haftada 1-2            c) Ayda 1-2            d) Diğer

**15. Kronik hastalığı bulunma durumu:** ( ) Evet            ( ) Hayır

**16. Cevabınız 'evet' ise var olan kronik hastalıklar ve süreleri:**

Hastalık.....süresi.....

**17. Sürekli kullanılan ilaç kullanma durumu:** ( ) Evet ( ) Hayır

**18. Cevabınız 'evet' ise Sürekli kullanılan ilaçlar.....**

## 2. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYAÖ)

Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi öz-bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir.

Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilir. GYA ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir

### KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

#### 1- Banyo

- |  |     |
|--|-----|
| A- Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme             | 3pn |
| B- Hiç yardıma ihtiyacı yok                                | 3pn |
| C- Sadece vücudunun bir kısmını temizlerken yardım gerekli | 2pn |
| D- Vücudun birden fazla alanını yıkamada yardım gerekli    | 2pn |
| E- Hiç banyo yapamıyor                                     | 1pn |

#### 2- Giyinme

- |   |     |
|---|-----|
| A- Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak                                       | 3pn |
| B- Kıyafetlerini alıp yardımsız giyinebiliyor                                     | 3pn |
| C- Kıyafetlerini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli            | 2pn |
| D- Kıyafetlerini alıp giymede yardım veya kısmen ya da tamamen giyinmemiş kalıyor | 1pn |

#### 3-Tuvalet

- |   |     |
|---|-----|
| A- Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor | 3pn |
| B- Destek için baston, sandalye kullanıyor  | 2pn |
| C- Tuvalete gitmekte, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor          | 2pn |
| D- Tuvalete gidemiyor ya da tuvalet ihtiyacının farkına varamıyor                   | 1pn |

#### **4- Hareket**

- A- Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor 3pn  
B- Destek için baston, yürüme aracı kullanıyor 2pn  
C- Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor 2pn  
D- Yataktan çıkamıyor 1pn

#### **5-Kontinans**

- A- İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor 3pn  
B- Ara sıra kaçırma oluyor 2pn  
C- Gözetim gerekiyor, kateter kullanıyor ya da hiç kontrol edemiyor 1pn

#### **6- Beslenme**

- A- Yardımsız kendisi beslenebiliyor 3pn  
B- Kendisi besleniyor, etleri kesme veya ekmek yağlamada yardım alıyor 2pn  
C- Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor 1pn

### 3. Bakım Gereksinimleri Anketi

			“Evet” yanıtını verenler; bu sütundaki seçeneklerden birini işaretlemelidir.		
	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
1.Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?					
2.Verilen hemşirelik bakımı hastalığa tedaviye bağlı yaşadığınız yan etkilen azalmasını sağladı mı?					
3.Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisi almanızı kolaylaştırdı mı?					
4.Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığınız sorunları azalttı mı?					
5.Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?					
6.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?					
6A. (6. Soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mı azaldı-geçti?					

6B. (6. Soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi azaldı-geçti?					
7.Hastalığa bağlı yaşadığınız bulantı-kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?					
7A. (7. Soruya cevabınız evet ise) Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?					
7B. (7. Soruya cevabınız evet ise) Bulantı-kusma şikayetiniz ilaç dışı girişimleri ile mi azaldı-geçti?					
8.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?					
8A. (8. Soruya cevabınız evet ise) Ağız içi problemleri ilaç uygulamaları ile mi azaldı-geçti?					
8B. (8. Soruya cevabınız evet ise) Ağız içi problemleri ilaç dışı girişimler ile mi azaldı-geçti?					
9.Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlerinize uygun davranıyor mu?					
10.Hemşireler tarafından size bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor mu?					

11.Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik incelemeler konusunda hemşire tarafından bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?					
12.Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde ve sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor mu?					
13.Bakım uygulamalarında hemşirelerin size karşı samimi olduklarını düşünüyor musunuz?					
14.Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?					
15.Bakım uygulamaları sırasında hemşire mahremiyetinizi korumaya özen gösteriyor mu?					
16.Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?					
17.Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?					

## Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**‘Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi’** isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Bu araştırma mekanik ventilasyon uygulanmış olan hastaların bakım gereksinimleri ve mekanik ventilasyon uygulamasına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya 15.12.2016-31.12.2017 tarihleri arasında vakıf ünitesine bağlı özel bir hastanede yatan hasta servisinde yatmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların dahil edilmesi planlanmaktadır. Sizlerin araştırma gruplarına alınması dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir.

Çalışmaya katılan hasta sayısının 150 olması planlanmıştır fakat evren ve örneklemeimize uygun 71 hastaya ulaşılmış, çalışmada istatistiksel veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın yöntemi; çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size demografik özelliklerinizi, bakım gereksinimlerinizi ve günlük yaşam aktivitelerinizi belirlemek amacıyla sorular yöneltilenektir. Anket formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika kadardır.

Bu çalışmada; sizlerin isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde hastaların kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. İstedığınız taktirde çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz. Ayrıca istediğiniz anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Sizlere bu çalışma için çalışmadan ayrılırsanız dahi herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında ek bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum.

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

2. Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

**Gönüllünün Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih/ Telefon numarası:**

**Sorumlu Araştırmacının Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih: Yrd.Doç.Dr.Gamze TEMİZ**

İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu  
Yazarlar Sokak No:27 34394 Esentepe/Şişli-İstanbul Telefon: 0505 572 69 94

**Yardımcı Araştırmacının Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih:**

**Gözde KARA**

Şişli Florence Nightingale Hastanesi Şişli-İstanbul

Telefon: 0 537 227 93 31



## EK4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI



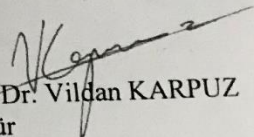
T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/58  
KONU: Anket ve ölçek hk.

TARİH :20/02/2017

ŞİŞLİ FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde KARA'nın "Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu ve ölçeğini uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket formu ve ölçek.

SAYI: IDR 2017-192  
KONU: Anket ve Ölçek Hk.

TARİH: 10.03.2017

T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' ne

İlgi: 50400462/58 sayılı, 20.02.2017 tarihli yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gözde KARA' nın "Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu ve ölçeğini hastanemizde uygulayarak gerçekleştirmesi uygundur.  
Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Dr. Okan ÖZÇEKER  
Başhekim



Dr. Okan ÖZÇEKER  
Başhekim  
Florence Nightingale Hastanesi  
Mesul Müdür