

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**REANİMASYON ÜNİTESİNDEN TABURCU OLAN
BİREYLERİN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİ**

BANU TERZİ

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. NURTEN KAYA**


**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI/
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

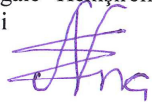



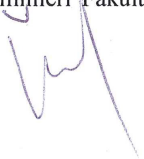
29 / 12 / 2009


Prof. Dr. Tamer DEMİRALP
Enstitü Müdürü (veki)

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Banu Terzi
Tez Başlığı : "Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri "
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 22 / 12 / 2009

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Nuray Enç İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2. Prof. Dr. Türkinaz Aştı İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3. Doç. Dr. Perihan Ergin Özcan İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi / Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4. Yard. Doç. Dr. Nurten Kaya (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5. Yard. Doç. Dr. Ükke Karabacak Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


BEYAN

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

BANU TERZİ

B. Terzi
7

İTHAF

17 Ağustos 1999 depreminde yitirdiğim biricik teyzeme, enişteme, sevmeye doyamadığım canım kardeşlerim Serkan ve Sercan'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde yaptığı çalışmalarla bize daima yol gösteren ve destek olan hocamız Sayın Prof. Dr. Kamerya BABADAĞ'a,

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni her zaman aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen hocalarım Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'ya, tezimin tamamlanmasında çok büyük katkıları olan danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nurten KAYA'ya ve Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın diğer öğretim üyelerine,

Tezimin gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinlerin alınmasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Sayın Prof. Dr. İlgin ÖZDEN'e, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Lütfi TELCİ'ye,

Başta Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu Sayın Berrin TUNALI olmak üzere bu bilim dalında görevli tüm çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca sevgi ve desteklerini esirgemeyen canım aileme, çalışmamı tamamlarken ihmal ettiğimi düşündüğüm, beni her zaman omuzlarında taşıyan ve beni yücelten hayat arkadaşşıma,

Ve adını saymadığım katkıda bulunan herkese tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ESENLIK, SAĞLIK/HASTALIK DİZGESİNDE HEMŞİRELİK	4
2.2. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ.....	6
2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi.....	6
2.2.2. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar.....	7
2.2.3. Yoğun Bakım Deneyimini Etkileyebilecek Girişimler/Uygulamalar.....	7
2.3. YOĞUN BAKIM DENEYİMİ VE YAŞAM MODELİ.....	10
2.3.1. Yaşam Aktiviteleri ve Yoğun Bakım Deneyimi.....	11
2.3.2. Yaşam Süresi ve Yoğun Bakım Deneyimi.....	19
2.3.3. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi ve Yoğun Bakım Deneyimi.....	21
2.3.4. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler ve Yoğun Bakım Deneyimi.....	21
2.3.5. Bireye Özgü Hemşirelik Bakımı ve Yoğun Bakım Deneyimi.....	24
2.3.5.1. TANILAMA.....	25
2.3.5.2. HEMŞİRELİK TANILARI, HEMŞİRELİK BAKIMININ SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	27
2.3.5.3. UYGULAMA.....	59
2.3.5.4. DEĞERLENDİRME.....	59
2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TABURCULUĞUN PLANLANMASI VE UYGULANMASI.....	59
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	62
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	62

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	62
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	63
3.4.1. Veri Toplama Araçları	63
3.4.1.1. Hasta Birey Bilgi Formu (EK-2)	64
3.4.1.2. Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu (Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation- APACHE II) (EK-3)	64
3.4.1.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) (EK-4)	65
3.4.2. Araştırmanın İşlem Yolu	68
3.4.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	68
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ	69
3.6. ARAŞTIRMANIN TAMAMLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR	69
4. BULGULAR	71
4.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular	72
4.2. Bireylerin YBÜ’de Yaşadıkları Deneyimlere İlişkin Bulgular	75
4.3. Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklerinin Yoğun Bakım Deneyimlerine Etkisini Gösteren Bulgular	77
5. TARTIŞMA	86
5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması	86
5.2. Bireylerin YBÜ’de Yaşadıkları Deneyimlerinin Tartışılması	91
5.3. Bireylerin, Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklerinin Yoğun Bakım Deneyimlerine Etkisinin Tartışılması	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKLAR	105
FORMLAR	116
ETİK KURUL KARARI	128
ÖZGEÇMİŞ	129

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1:	YBDÖ'nin Madde -Toplam Puan Korelasyonu ve Cronbach Alfa Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 4.1.1:	Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=120).....	72
Tablo 4.1.2:	Bireylerin Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=120).....	74
Tablo 4.1.3:	Bireylerin Kaldığı YBÜ ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=120).....	75
Tablo 4.2.1:	Bireylerin YBDÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Medyan, Minimum, Maksimum, Ortalama, Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı (n=120)....	75
Tablo 4.2.2:	Bireylerin YBDÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu ^a (n=120).....	76
Tablo 4.3.1:	Bireysel Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120).....	77
Tablo 4.3.2:	Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120).....	80
Tablo 4.3.3:	Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120).....	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

Grafik 4.1. Yoğun bakım ünitesine yatış şekli.....	73
Grafik 4.2. Yoğun bakım ünitesinde kalma süresi.....	73
Grafik 4.3. Mekanik ventilasyona bağlanma durumu.....	73
Grafik 4.4. Mekanik ventilasyonda kalma süresi.....	73

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome-Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
ALS:	Amyotropik Lateral Sklerozis
APACHE II:	Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation-Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi
ARDS:	Adult Respiratuar Distress Syndrome-Erişkin Solunum Güçlüğü Sendromu
CVP:	Central Venuos Pressure
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
MV:	Mekanik Ventilasyon
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanı Birliği
SCCM/IDSA:	Amerika Yoğun Bakım ve İnfeksiyon Hastalıkları Dernekleri
SVO:	Serebrovasküler Olay
THD:	Türk Hemşireler Derneği
YBDÖ:	Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği
YBÜ:	Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Terzi, B. (2009). Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini saptamak amacıyla kesitsel türde planlandı.

Araştırmanın evreni, bir üniversite hastanesinin reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerden meydana geldi. Araştırmanın örneklemini ise araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirildikten sonra izin alınan toplam 120 birey oluşturdu.

Verilerin toplanmasında, Hasta Birey Bilgi Formu, Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu (Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation-APACHE II), Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) kullanıldı.

Verilerin analizinde, medyan, minimum ve maksimum değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelik hesaplamaları, Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Spearman's rho Korelasyon Tekniği kullanıldı.

Elde edilen veriler sonucunda, bireylerin %51.7'sinin (n=62) erkek, yaş ortalamasının 45.95 yıl (SS=13.87) ve %82.5'inin evli olduğu belirlendi. Bireylerin %70.0'inin (n=84) yoğun bakım ünitesine planlı kabul edildiği, %94.2'sinin (n=113) yoğun bakımda 10 gün ve daha kısa süre kaldığı, %83.3'ünün (n=100) mekanik ventilasyona bağlandığı saptandı. Bireylerin yaş, cinsiyet gibi özelliklerinin yoğun bakım deneyimlerini istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği belirlendi (p>0.05). Mekanik ventilasyonda kalma süresinin yoğun bakım deneyim ölçeğinin kötümser deneyimler alt ölçek puanlarını istatistiksel anlamlılıkla etkilerken (p<0.05), bakımdan memnuniyet alt ölçek puanlarını ileri derecede anlamlılıkla etkilediği (p<0.01) belirlendi. Bireylerin yoğun bakım ünitesinden taburcu/transfer anındaki APACHE II puanları ile yoğun bakım deneyim ölçeğinin çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki bulundu (p<0.01).

Bu sonuçlar doğrultusunda, bireylerin yoğun bakıma yatış sırasındaki olumsuz deneyimlerinin azaltılmasına yönelik, bireye özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasının, bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hasta birey, yoğun bakım deneyimi, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Terzi, B. (2009). The Intensive Care Experiences of Individuals Discharged from Intensive Care Unit. Istanbul University, Institute of Health Science, Fundamentals of Nursing Division. Master's Thesis. Istanbul.

The research was planned as cross-sectional type to examine the intensive care experiences of individuals discharged from intensive care unit.

The research population consisted of individuals discharged from intensive care unit, Anesthesiology and Intensive Care Departments of a university hospital. Sample of the research was comprised from 120 individuals.

Patient Person Information form, Acute Physiology and Chronic Healthy Evolution II form and Intensive Care Experience Questionnaire was used for data collection.

Median, minimum and maximum ranges, arithmetic mean, standard deviation, frequency and percentage calculations, Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Spearman's rho Correlation Technique were used for data analysis.

It was found that %51.7 (n=62) of the patients were male with the average age of 45.95 year (SD=13.87) and %82.5 (n=99) of the patients married. It was determined that %70.0 (n=84) of the patients were came in to intensive care unit such as elective case, %94.2 (n=113) of the patients were hospitalized in the intensive care unit for 10 days or less and %83.3 (n=100) of them were mechanically ventilated during their stay in the intensive care unit. It was found there was no relationship between individuals of such as age, gender and experience of intensive care ($p>0.05$) It was found that the duration of mechanical ventilation has a advanced degree of statistically significant affect on satisfaction with care points ($p<0.01$) while has a statistically significant affect on the frightening experiences points subscale of intensive care experience scale ($p<0.05$). An inverse correlation was also shown between the patient's APACHE II scores at the time of their discharge/transfer and the awareness of surrounding and satisfaction with care subscales of the intensive care experience scale ($p<0.01$).

According to these results; we consider that in order to decrease the negative experiences of the intensive care unit patients, individual nursing care should be planned and carried out. This may speed up the process of the patient's recovery.

Key Words: Intensive care unit, patient, experience of intensive care, Intensive Care Experience Questionnaire, nursing care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve politiko-ekonomik boyutları ile insan hücre-doku-organ sistemlerinden meydana gelmiş bir organizmadır. Bu organizmanın, bütünlüğünü ve canlılığını koruyarak yaşamını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinin insan onuruna yakışır biçimde karşılanması gerekmektedir (Biol 2007). Birey, sağlık durumunda sapmalar olduğunda temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; “sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik ve ahenk durumu” olarak tanımlanmaktadır. Çoğu kez hastalık kavramı ile eş anlamda kullanılan rahatsızlık; beden, akıl ve/veya sosyal yapı ve işlevlerindeki patolojik süreçleri içeren bir durumu, hastalık ise bireyin duyumsadığı ve deneyimlediği rahatsızlığa verdiği yanıtını ifade etmektedir (Taylor ve ark. 2008). Böyle bir durumda, hasta bireyin çevresi ile uyumu, etkileşimi, üretkenliği, verimliliği ve kendi içindeki denge durumları bozulabilmektedir (Biol 2007).

Sağlıklı/hasta bireye esenlik, sağlık, rahatsızlık, hastalık durumlarında hizmet veren hemşirelik mesleği için çeşitli tanımlar yapılmıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN)'ne göre hemşirelik: “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur” şeklinde tanımlanmaktadır. Türk Hemşireler Derneği (THD) hemşireliği; ‘bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir’ şeklinde tanımlar (Biol 2007). Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona bakım vermek ve en kısa sürede bireyin bağımsız hale gelmesine yardımcı olmaktır. Son yıllarda hemşirelerin çalışma alanlarının genişlediği ve bu alanlarda özel yetişmiş hemşirelere olan gereksinimlerin giderek arttığı gözlenmektedir. Hemşirelik bakımının son derece önemli olduğu bu alanlardan biri de yoğun bakım üniteleridir.

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, interdisipliner bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (Eisendrath ve Chamberlain 2004; Yıldız ve Kanan 2005). Yoğun bakım üniteleri, en fazla girişimsel işlemlerin uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu ünitelerdir ve hoş olmayan kokular, sürekli gürültü ve ışık, odanın çok sıcak/çok soğuk olması, mahremiyet eksikliği gibi olumsuz çevre koşullarına sahip birimler olarak betimlenebilmektedir (Dedeli ve Akyol 2008; Misak 2004).

Hasta bireyler YBÜ'ne çeşitli sağlık sorunları nedeniyle yatmaktadır. Bu nedenler arasında; cerrahi girişim sonrası takip, akut miyokart enfarktüsü, konjestif kalp yetmezliği vb kalp hastalıkları, böbrek ve solunum yetmezliği, miyastenia gravis, guillain barre gibi nörolojik hastalıklar, şok, sepsis, zehirlenmeler, çoklu travmalar sayılabilmektedir. Sağlık durumu ve bu doğrultuda uygulanan bakım girişimleri, hasta bireylerin yoğun bakım deneyimlerini ve iyileşme sürecini etkileyebilmektedir. Bu nedenle hasta bireyin YBÜ'ne kabulü sırasında prognozu belirlemek amacı ile SAPS (Simplified Acute Physiological Score – Basitleştirilmiş Akut Fizyolojik Skor), TISS (Therapeutic Intervention Scoring System – Terapötik Girişim Skorum Sistemi), APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – Akut Fizyolojik, yaş ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi) vb. çeşitli skorum sistemleri kullanılmaktadır (Akıncı ve ark. 2007; Balcı ve ark. 2005; Eisendrath ve ark. 2004; Misak 2004).

Hasta bireylerin YBÜ'de kalış süreleri, hastalık sebebi ve uygulanan bakım-tedavi şekline göre farklılık göstermektedir. Yoğun bakım ünitelerinde, kimi hasta bireyler gözlem, ameliyat sonrası yoğun ve yakın takip gibi amaçlarla kısa süreli olarak yatarken, kimileri de günler hatta haftalarca kalabilmektedir. Hasta bireylerin YBÜ'de kalış süresi ne olursa olsun, hemen hemen tümünün pek çok deneyim yaşadığı literatürde belirtilmektedir (Demir ve ark 2009; Fredriksen ve ark 2007; Hughes ve ark 2005; Rattray ve ark 2004). Yoğun bakım ortamı, yoğun bakım ünitesinde kullanılan teknolojik araçlar, uygulanan bakım-tedavi yöntemleri gibi faktörler, YBÜ'de kalan bireylerin fizyolojik ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkilerken, şuur düzeylerinde de dalgalanmalara neden olabilmektedir (Çelik ve Aksoy 2006; Dedeli ve Akyol 2005).

Öte yandan, YBÜ'de, çeşitli bakım ve tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Solunum yetmezliğinin tedavisi için yaygın olarak kullanılan mekanik ventilasyon (MV) bu yöntemlerden biridir (Akıncı ve ark 2007; Wang ve ark 2008). Mekanik ventilasyon, özel cihazlar yardımıyla akciğerlerin gaz değişimini düzelterek solunum sıkıntısını gidermekte, akciğerlerin iyileşmesini sağlamaktadır. Ayrıca yoğun bakım deneyiminde etkili önemli bir etmendir (Deveci ve Muz 2001).

Hasta bireylerin hayatta kalmalarının sağlanması, yoğun bakım adına başarılı bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Fakat bu bireyler yoğun bakım ortamında iken, aynı zamanda olumsuz emosyonel sonuçlara da maruz kalabilmektedir. Yoğun bakımdan taburcu edilmiş bireylerle yapılan çalışmalarda, birçok birey, yoğun bakımda yaşadıkları deneyimleri az hatırladığını veya hiç hatırlamadığını belirtmiş ya da tuhaf algısal deneyimler ve hoş gitmeyen olayları içeren hatıralar, eziyet verici ve korkutucu halüsinasyonlar ile birtakım rüyalar tanımlamışlardır (Demir ve ark 2009; Rattray ve ark 2004; Rattray ve ark 2005).

Yoğun bakım üniteleriyle ilgili; YBÜ'de verilen hemşirelik bakımının birey üzerindeki fizyolojik etkileri (Çelik ve Aksoy 2006), yoğun bakım sendromu (Dedeli ve Akyol 2005), uygulanan mekanik ventilasyon tedavisi sırasında yaşanan iletişim sorunları (Khorshid ve Demir 2006) gibi birçok konuda yapılmış çalışmalara rastlanmaktadır. Fakat bireyin YBÜ'de hangi deneyimleri yaşadığını araştıran çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (Demir ve ark 2009; Rattray ve ark 2004). Oysa, YBÜ'lerinde yatan bireylerin yaşadığı deneyimlerin saptanmasının; YBÜ'ne yatış sırasındaki olumsuz deneyimlerin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında, hasta bireylerin iyileşme süreçlerinin hızlandırılmasında rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle, çalışma YBÜ'den taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ESENLIK, SAĞLIK/HASTALIK DİZGESİNDE HEMŞİRELİK

Esenlik, sağlık/hastalık kavramları değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946'da yaptığı açıklamada sağlığı; "sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımladığı belirtilmektedir. Esenlik ise, bireyin biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik, kültürel ve spiritüel boyutları arasındaki denge ve ahenk durumu, verimli ve anlamlı bir yaşam olarak tanımlanmaktadır (Craven ve Hırnle 2000).

Sağlık düzeyini farklı boyutlarla açıklayan çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden bazıları sağlığı, hastalığın varlığı veya yokluğu ile açıklarken diğerleri, sağlığın kavramsal içeriğinde esenlik, holizm ve sağlık inançlarına yer vermiştir (Craven ve Hırnle 2000; Taylor ve ark. 2008).

Çağdaş hemşire kuramcılar, hemşireliğin en önemli uygulama alanının ve yardım türünün esenlik ve sağlık olduğunu vurgulamaktadırlar (Craven ve Hırnle 2000; Taylor ve ark. 2008). Roper ve ark. (1996) bağımsız bir bakım uygulayıcısı olarak hemşireyi, bakım verici ve konfor sağlayıcı olarak tanımlamaktadır.

İnsanın hastalığında olduğu gibi esenlik ve sağlığı ile doğrudan ilgili olan hemşireler, bireyin potansiyel güçlerini etkin duruma getirerek ve arttırarak esenliği sağlayabilirler. Bireyin güçlü yönlerinin tanınması ve analizi ile esenliğe ulaşma, hastalığı önleme, hastalık durumunda iyileştirme, yetersizlik ve ölüm durumunda baş etmeyi kolaylaştırma önemli bir hemşirelik hedefidir. Sağlık sorunu olsun ya da olmasın her bireyin güçlü yönleri vardır. Hemşire, bireyin optimum işlev ve yaşam kalitesine ulaşmasına yardım etmek için, bu güçleri tanılamalı ve onunla birlikte, belirlenen amaca yönelmede bu güçleri kullanmalıdır (Taylor ve ark. 2008).

Esenlik ve sağlık, yaşamda bir denge durumu olarak kabul edildiğinden; rahatsızlık da beden, akıl, duygusal durum ve spiritüel boyutlarda dengesizlik biçiminde açıklanmaktadır. Hastalık ise çoğunlukla beden, akıl, duygusal durum ve spiritüel boyutlardaki uyumsuz/dengesiz etkileşimin sonucu oluşan yanıtlar olarak tanımlanmaktadır. Çoğu zaman hastalık durumunda bireyin kendi içindeki denge

durumu, çevresi ile uyumu, etkileşimi, üretkenliği ve verimliliği de olumsuz yönde değişime uğramaktadır (Biol 2007; Craven ve Hirnle 2000; Kaya 2002).

Hemşirenin hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik bakım girişimleri; rahatsızlığın erken tanısından başlayıp iyileşme sırasında rehabilitasyon ve eğitime kadar geniş bir uygulama alanını kapsamaktadır (Biol 2007; Craven ve Hirnle 2000).

Sağlık bakımının başlıca hedefinin esenliği sağlama, sağlığı koruma ve sürdürme olmasına karşın daima bu hedeflere ulaşmak mümkün olmayabilmektedir. (Kaya 2002). Örneğin, bireyin YBÜ gibi kompleks bir ortamda bakım ve tedavisi gerekebilmektedir. Bu durumun sonucunda hemşire, bireyin bakım ve tedavisinin yanısıra YBÜ'ne uyumunu sağlayacak girişimler planlamalı ve olumsuz deneyimler yaşamasını önlemeli, sorunların çözümlenemediği durumlarda baş etme mekanizmalarını geliştirebilmesine yardımcı olmalıdır.

Sonuç olarak; hemşirelik, insanı, fertilizasyonla başlayarak doğumdan ölüme kadar süren yaşamın tüm evrelerinde, esenlik/sağlık-hastalık dizgesi üzerindeki herhangi bir noktada ele alarak, işlevleri ve yaşam aktivitelerini sağlıklı olarak gerçekleştirmesine yardımcı olmaktır. Aynı zamanda hemşirelik, bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştiremediği durum ile ilgili sorunlarını, bu sorunlarla ilişkili etmenleri birey ve/veya aile ile birlikte anlamaya, çözüm yolları konusunda çeşitli seçenekleri sağlıklı/hasta birey ile birlikte belirleyip karar vermeye ve çözümlenmeye dayalı bir sağlık disiplini (Biol 2007; Craven ve Hirnle 2000; Kaya 2002). Hemşireliğin temel amacı ise; birey, aile ve toplumun esenliğini sağlama, sağlığını koruma, hastalığı önleme, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirme, baş etme yollarını öğretme/kolaylaştırmaya yardım etmektir (Taylor ve ark. 2008).

Bireyin YBÜ'de yaşadığı deneyimler belirlenirken; yoğun bakım deneyimini etkileyebilecek, üniteye kabul edilen bireye özgü özelliklerin yanısıra YBÜ'nin özellikleri ve bu ünitelerde uygulanan girişimler dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda, yoğun bakım ünitelerini ve bu ünitelerde uygulanan girişimlerin bazılarını açıklamak yararlı olacaktır.

2.2. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Yoğun bakım üniteleri, son derece gelişmiş teknik araç gereçlerle donatılmış, yaşamı tehdit altında olan bireylerin bakım ve tedavisini sağlamak üzere özel olarak yetiştirilmiş sağlık personeli ile sınırsız düzeyde hizmet sunan, dinamik, sirkülasyonu hızlı birimler olarak tanımlanmaktadır (Dedeli ve Akyol 2008; Yıldız ve Kanan 2005).

Yoğun bakım, hasta bireyin kısmen ya da tamamen işlevlerini yitirmiş olan organların işlevlerinin geçici olarak desteklenerek sürdürülmesi ve hastalığa neden olan etmenleri ortadan kaldırmak için kullanılan yöntemlerin tamamını oluşturmaktadır. Öte yandan YBÜ'nde bazen ağır bir hastalık, zehirlenme, travma gibi hastalığı oluşturan temel nedenler geçici olarak ikinci plana bırakılmakta, tüm bakım ve tedavi önceliği solunum, dolaşım, vücut ısısının korunması, metabolizmanın düzenlenmesi gibi temel yaşamsal işlevlere yöneltilmektedir (Hatipoğlu 2002).

Modern anlamda yoğun bakım kavramının, 1852 yılında Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale'in yoğun bakım gerektiren hasta bireyleri, özel hemşirelik bakımı uygulamak için tek bir yere toplaması ile oluştuğu bildirilmektedir. İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşlarının yoğun bakım gerektiren hasta bireylerin resüsitasyonu ve triyajı konusunda önemli gelişmelere neden olduğu, bu dönemde anestezi ve ameliyat sonrası bakımın gündeme geldiği; 1952'de Kopenhag'da başlayan polio salgını ile yoğun bakımda çalışacak olan hekim ve hemşirelerin yetiştirilmesinin önemi üzerinde durulduğu bilinmektedir (Moral 2003).

Sonuç olarak, kritik hasta bireylerin bakım ve tedavilerinde, özel teknik donanım, bilgi ve deneyimle daha iyi sonuçlar alınabileceğinin görülmesi, YBÜ'lerinin kurulması ve gelişmesine yol açmış, böylece yoğun bakım birçok yerde ayrı bir ilgi alanı ve disiplin olarak görülmeye başlanmıştır (Aştı 2003; Moral 2003).

Yoğun bakım ünitelerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile birlikte eskiden tedavi edilemeyen hastalıkların bile günümüzde başarılı bir şekilde bakım ve tedavisinin sağlanabildiği söylenmektedir (Şahinoğlu 2003).

2.2.2. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar

Hasta bireyler YBÜ'ne çeşitli sağlık sorunları nedeniyle yatmaktadır. Beğer (2004)'in yaptığı sınıflandırmada, bireylerin %30'unun medikal, %21'sinin cerrahi, %3.1'inin zehirlenme, %9.5'inin renal aciller, %0.9'unun renal transplantasyon sonrası ve %10.5'inin de diğer nedenlerle YBÜ'ne kabul edildiği belirtilmektedir. Yoğun bakım gerektiren durumlar arasında solunum yetersizliği, kardiyoasküler yetersizlik, akut/kronik böbrek yetersizliği, zehirlenmeler, travmalar, cerrahi operasyon sonrası gelişen komplikasyonlar, derin komalar, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesizlikleri, gastrointestinal kanamalar, myastenia gravis ve gullian barrie gibi sinir sistemi hastalıkları, eklampsi vb. sayılabilmektedir. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen birey esas hastalığının tedavisinin uzun sürmesi sonucu üniteye kaldığı sürede pek çok komplikasyonlara maruz kalarak olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir (Beğer 2004).

2.2.3. Yoğun Bakım Deneyimini Etkileyebilecek Girişimler/Uygulamalar

Yoğun bakım ünitesinde bireyin hayati tehlikeyi atlatarak yaşamını sürdürebilmesi için bir takım destek bakım ve tedavi girişimleri uygulanmaktadır. Aşağıda bu girişim/uygulamaların bazıları açıklanmıştır.

Endotrakeal Entübasyon

Açık hava yolu kontrolünü en başarılı şekilde sağlayan işlemdir. Yeterli oksijenlenmenin sürdürülmesi, açık hava yolunun korunması, pulmoner sekresyonların aspirasyonu için giriş yolu, mekanik ventilatör cihazına bağlantı sağlamak amacıyla yapılan girişimdir. Trakea; oral, nazal ve trakeostomi yollarından biri kullanılarak entübe edilebilmektedir. Bu işlem sırasında bireyin sedatize edilerek uyutulması sağlanmaktadır (Tür 2003). Endotrakeal entübasyonun komplikasyonları arasında; mide içeriğinin akciğerlere aspirasyonu, dişlerde hasar, orofarenks ve larenksin perforasyonu, epistaksis, hipoksemi, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, oral mukoz membran bütünlüğünde bozulma vb. görülebilmektedir (Çakar 2003).

Trakeostomi

Trakeanın cerrahi bir müdahale ile cilt yüzeyine ağızlaştırılması işlemidir. Hava yolu tıkanıklıklarını açmak, pulmoner sekresyonların etkili bir şekilde atılmadığı nöromusküler hastalıklarda, uzamış entübasyon ve mekanik ventilatörden ayrılamama durumunda solunum desteği sağlamak amacı ile uygulanan bir girişimdir. Ameliyathane şartlarında uygulanabildiği halde YBÜ'nde hasta bireyin yatak başında da yapılabilmektedir. Komplikasyonları arasında kanama, trakeostomi tüpünün yerinden çıkması ya da yer değiştirmesi, stoma çevresinde enfeksiyon sayılmaktadır (Çakar 2003; Tuncer 2002).

Mekanik Ventilasyon Tedavisi

Mekanik ventilasyon, kendi solunumunu yapabileceği döneme kadar, eksternal bir araçla hasta bireyin akciğerlerinde gaz değişiminin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde hasta bireyin gaz değişimini sürdürmek, solunum güçlüğü azaltmak, akciğer ekspansiyonunu sağlamak, kas relaksasyonunu, anestezi ve sedasyonu kolaylaştırmak ve torasik duvarı stabilize etmek amacıyla MV desteği sağlanmaktadır (Çelik 2006). Mekanik ventilasyon, girişimsel olmayan (noninvaziv) ve girişimsel (invaziv) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır:

Girişimsel MV, hasta bireylere endotrakeal tüp veya trakeostomi yerleştirilerek yapılmaktadır. Ağız boşluğuna ya da trakeaya yerleştirilen tüpler; ağrı, enfeksiyon gibi çeşitli komplikasyonlara neden olmakta, ayrıca hasta bireylerin sözel iletişimlerini ortadan kaldırarak konforlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Girişimsel MV uygulanırken, hasta bireylerin acı ve korku duymamaları için sedasyon amacıyla yapılan ilaçlar da immobilizasyona ve geçici hafıza kayıplarına neden olmaktadır (Deveci ve Deveci 2002; Öz ve Köksal 2006). Wang ve ark. (2008) tarafından yapılan kalitatif çalışmada, MV altında tedavi gören hasta bireylerin olumsuz korkutucu deneyimler yaşadıkları, bu bireylerin fiziksel ve psikolojik yönden acı çektikleri, öz güvenlerini ve cesaretlerini yitirdikleri belirtilmektedir. Khorshid ve Demir (2006), MV'da olan hasta bireylerin konuşamadıklarından duygu, düşünce ve gereksinimlerini anlatmakta güçlük yaşadıklarını ve bu durumun bireylerde ajitasyon, anksiyete, depresyon ve deliryum gibi çeşitli psikolojik sorunlara yol açtığını belirtmektedirler.

kanülasyonu mümkün olmadığında total parenteral beslenmeyi sağlamak amaçları ile, santral venöz kateter takılmaktadır. En çok tercih edilen bölgeler vücutta juguler ven, subklavian ven, femorial vendir. Komplikasyonları arter ponksiyonu, kanama, kateterin çıkması, kateter ucunun başka yere kayması, hava ve kateter embolisi, tromboz, kateter giriş yerinde enfeksiyondur (Güler 2002).

Hemofiltrasyon

Kanın 30 ile 300mm Hg basınç altında filtre edilerek molekül ağırlığı 5000-10000 Dalton'dan az olan içeriğinin kandan ayrılması işlemidir. Hemofiltrasyon YBÜ'nde, akut renal yetmezlik, konjestif kalp yetmezliği, akut pulmoner ödem, serebral ödem, septik şok, yanıklar, zehirlenmeler, elektrolit ve asit-baz bozukluklarında uygulanmaktadır. Hemofiltrasyon işlemi için geniş çift lümenli bir santral kateter, juguler, subklavian ya da femorial venden takılmaktadır (Kolbakır 2003).

2.3. YOĞUN BAKIM DENEYİMİ VE YAŞAM MODELİ

Hemşirelik modelleri, hemşirelik bilgisini ve aktivitelerini sistematize ederek hemşireye rehberlik etmekte, profesyonel bir iletişimi sağlayarak hemşirelik bakım uygulamalarının bilimsel bir temele dayandırılmasına yardım etmektedir (İsbir ve Mete 2009).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere rehber olabilecek, çeşitli hemşirelik modelleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, yoğun bakım deneyimi ve hemşirelik bakımı Yaşam Modeli doğrultusunda ele alınacaktır.

Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında en çok kullanılan modellerden biri olan Yaşam Modeli ilk defa Britanya'da Roper (1976) tarafından tasarlanmış; Roper, Logan ve Tierney bu çalışma üzerinde incelemeler yaptıktan (1980, 1981, 1983) sonra son şeklini belirlemişlerdir. Roper, hemşirelikte sezgi ve şans yerine, insani özelliklere odaklaşmanın gerekliliğine inanmış ve hemşirelik hizmetlerini bu inançlara temellendirmiştir (Kaya 2002; Roper ve ark. 1996; Velioğlu 1999).

Yaşam Modeli ile bireyi anlama ve aktivitelerinin performansını değerlendirme yolları yaşam aktiviteleri altında toplanmış, bunların bir kısmının yaşamın

sürdürülmesine temel, diğerlerinin de yaşam kalitesini geliştirmekle ilgili oldukları vurgulanmaktadır (Kaya 2002; Roper ve ark. 1996).

Humanist ve bütüncül bir yaklaşımla bireyi bakım merkezine koyan bu model, bakımda bireyin katılımını öngörmektedir. Yaşam modeli hemşirelik uygulamalarının sağlık bakım sisteminin tüm hizmet alanlarına entegre edilmesinin önemini belirtmekte ve bunu sağlayan bir yapı oluşturmaktadır (Kaya 2002; Roper ve ark. 1996).

Yaşam modeli; yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen etmenler, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ve yaşamda bireysellik/bireye özgü hemşirelik bakımı olmak üzere beş ögeden oluşmaktadır (Roper ve ark. 1996).

2.3.1. Yaşam Aktiviteleri ve Yoğun Bakım Deneyimi

Yaşam aktiviteleri yaşam modelinin odak noktasını oluşturan 12 yaşamsal aktiviteden meydana gelmektedir. Bu aktivitelerin bir bölümü (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden ısısının kontrolü, hareket, uyku gibi) yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan biyo-fizyolojik aktiviteleri kapsamaktadır. Kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlence, cinselliği ifade etme aktiviteleri ise yaşam kalitesini yükselten aktivitelerdir. Ayrıca bu modelde yaşam aktivitelerini etkilediği savunulan ölüm sürecine de yer verilmektedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Birey ancak güvenli bir ortamda yaşam aktivitelerini gerçekleştirerek yaşamını sürdürebilir. Güvenli çevre, biyo-fizyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel yönleri içermektedir (Kaya 2008a).

Yoğun bakım üniteleri, gürültünün, ışığın, hoş olmayan kokuların çok fazla olduğu, yabancı araç gereçlerle donatılmış ünitelerdir. Yer-zaman oryantasyonunun olmadığı YBÜ'nde bulunan hasta bireylere; yaşamsal işlevlerinin devamı için uygulanan endotrakeal tüp, santral venöz kateter, üretral kateter gibi invaziv girişimler ve monitörizasyon bireylerin hareketlerini kısıtlamaktadır. Kısıtlanmış bireyler kendilerini ifade edemediklerinden çaresizlik yaşayabilmektedirler. Hatta bu durumlar bir süre sonra

bireylerin bilinç durumlarında değişmeler, halüsinasyonlar, disoryantasyonlarla karakterize deliryum yaşamalarına neden olabilmektedir (Dedeli ve Akyol 2005).

Yoğun bakım üniteleri hastane enfeksiyonlarının sık görüldüğü ortamlardır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta bireylerin kan, vücut sıvıları vb. oluşumlarının ortama açık olması, invaziv girişimlerin daha fazla olması, diğer yandan sağlık personeli ile hasta bireylerin çok fazla temas halinde olmaları hastane enfeksiyonlarının %25'nin bu ünitelerde görölmesine neden olmaktadır (İlgün ve Ovayolu 2005). Bu durum YBÜ'lerinde bakım ve tedavi gören hasta bireylerin yoğun bakımda kalış sürelerini uzatarak, yaşadıkları yoğun bakım deneyimlerinin artmasına neden olabilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde tıbbi tanının ve girişimsel uygulamaların neden olduğu ağrının yanı sıra, çeşitli amaçlarla uygulanan kateterler, drenler, noninvaziv ve invaziv girişimler, aspirasyon, pansuman değişimleri, pozisyon değişiklikleri, solunum fizyoterapisi uygulamaları ile nakil ve taburculuk işlemleri ağrıya neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde bakım ve tedavisi sürdürülen hasta bireylerin %60'ından fazlasının orta ya da şiddetli ağrı çektikleri, ancak bu bireylerin %79'unun entübasyon tüpü nedeniyle ağrılarını sözlü olarak yeterince ifade edemedikleri yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Aslan ve Karadağ 2007).

İletişim Aktivitesi

Sosyal bir varlık olan insan, yaşadığı grup ve çevrelerde sözel ve sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanır. Sağlıklı bir insanın yaşamında gereklilik olarak belirtilen iletişim, hastane, okul gibi yeni bir duruma ve yeni bir ortama adaptasyon söz konusu olduğunda özellikle önemli bir aktivitedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon olgusu, hasta bireyler tarafından en önemli yoğun bakım stresörleri arasında sayılmaktadır. Bunun en önemli nedenleri arasında entübe hasta bireylerin trakealarına yerleştiren tüpten dolayı konuşamamaları, gereksinimlerini ve korkularını ifade edememeleri ile iletişim kurma güçlükleri sayılmaktadır. Böylece entübasyona bağlı gelişen korku ve anksiyetenin mortaliteyi olumsuz yönde etkilediği düşünölmektedir (Fredriksen ve Ringsberg 2006; Yava ve Koyuncu 2006).

Solunum Aktivitesi

İnsanın doğumu ile başlayan ve ölümü ile son bulan, diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için de zorunlu olan çok önemli bir aktivitedir (Kaya 2008a).

Yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen sorunlardan biri solunum aktivitesi ile ilgili sorunlardır. Bireyin kendi solunumunu yapabileceği döneme kadar eksternal bir araçla akciğerlerindeki gaz değişimini sağlamak olarak tanımlanan mekanik ventilasyon, YBÜ'lerinde yaygın olarak uygulanan bir destek tedavi yöntemidir. Bu yöntem; entübasyon ya da trakeostomi ile trakeaya tüp yerleştirilmesi şeklindeki invaziv girişimlerle olabildiği gibi noninvaziv yöntemlerle de uygulanabilmektedir. İnvaziv mekanik ventilasyonda aynı zamanda açık hava yolunun sürdürülmesi için akciğerlerde biriken sekresyonların, oral ve nazal sekresyonların temizlenmesi için aspirasyon işlemi uygulanmaktadır. Bu uygulamalar sırasında özellikle bilinci açık hasta bireyler rahatsız olmakta, bu işlemler bireylerde ağrı ve anksiyete gibi olumsuz deneyimlere neden olabilmektedir (Çelik 2006; Öz ve Köksal 2006).

Solunum aktivitesi, YBÜ'nde yatmakta olan bireylerde bağımlı ya da yarı bağımlı hale gelebilmekte, bu durum, diğer tüm aktiviteleri de olumsuz etkileyebilmektedir.

Beslenme Aktivitesi

Beslenme, diğer aktivitelerin yerine getirilebilmesi için gerekli olan enerjinin sağlanması, hücresel faaliyetlerin sürdürülmesi, yaşamın devam ettirilmesi için günde birkaç kez yapılan temel aktivitelerden biridir (Roper ve ark. 1996; Velioğlu 1999).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta bireylerin, beslenme gereksinimleri normal yollar ile karşılanabileceği gibi çoğu kez nazogastrik, orogastrik, gastrostomi gibi gastrik tüplerle enteral yollarla ya da santral/periferel bir kateter aracılığıyla parenteral yollarla gerçekleştirilmektedir. Beslenme gereksiniminin bu yardımcı yollarla desteklenmesi birtakım komplikasyonların gelişmesine de neden olmaktadır. Enteral beslenmede diyare, konstipasyon, aspirasyon pnömonisi, gastrik tüplerde tıkanmalar, yetersiz beslenme; parenteral beslenmede ise santral/periferel katetere bağlı enfeksiyonlar, hiperglisemi, enerji gereksiniminden daha az beslenme gibi komplikasyonlar yaygın olarak görülebilmektedir. Bu durumlar YBÜ'de yatan hasta bireylerin gereksinim duydukları

protein ve enerjiyi yeteri kadar alamamalarına zemin hazırlamaktadır. (Moral ve Uyar 2006).

Yoğun bakım ünitesinde protein-enerji yetersizliğinin nazokomiyal pnömoni ve çoklu organ yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açarak hem bireylerin yoğun bakımda yatış süresinin uzamasına hem de morbidite ve mortalitede artışa neden olduğu bilinmektedir. Beslenme desteğinin yeterince sağlanamadığı bireylerde, yağ ve kas dokusu kitlesinin azalması ile kilo kaybı, immun cevapta bozulma ile enfeksiyon riskinin artması, hipoalbuminemi, kan onkotik basıncının düşmesi sonucu ödemler, yara iyileşmesinde gecikme, kas güçsüzlüğü, solunum bozuklukları, mekanik ventilasyon desteğinden spontan solunuma geçişte güçlükler gibi sorunların geliştiği bilinmektedir (Çoker 2006; Moral ve Uyar 2006).

Boşaltım Aktivitesi

Yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel ve en mahrem aktivitelerden biridir. Üriner ve bağırsak gibi iki farklı vücut sisteminin fizyolojik sonuçları, boşaltım aktivitesini oluşturmaktadır. Boşaltım aynı zamanda istemli olarak uygun bir zaman ve mekan bulununcaya kadar bastırılabilen bir gereksinimdir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta birey boşaltım aktivitesini çoğu kez bağımsız olarak gerçekleştirememekte, üretral sonda, sistostomi gibi yardımcı araçlara gereksinim duymaktadır. Hatta YBÜ'nde akut böbrek yetmezliği sıklıkla karşılaşılan bir sorun olmakta ve bu sorunu gidermek için hemodiyaliz, hemofiltrasyon gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. (Akpolat 2003; Clive 2002).

Yoğun bakım ünitesinde bireyler, gerek hastalık durumları, gerekse verilen ilaçların etkisi ile konstipasyon, diyare gibi sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu sorunların çözümü için de birtakım yardımcı araç ve tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Barsak yönetim sistemi kateterleri diyaresi olan bireylerde kullanılan araçlardan biridir. Konstipasyonu olan bireylere ise barsak boşaltımını sağlayan lavmanlar uygulanabilmektedir (Korfalı 2008).

Boşaltım aktivitesindeki sorunlar bireylerin diğer aktivitelerinde de sorunların gelişmesine neden olabilmektedir. Örneğin; konstipasyonu olan bireyin batını gerilerek akciğerlerindeki gaz değişimi olumsuz etkilenmekte, bu durum solunum sorunlarına yol açabilmektedir (Roper ve ark. 1996).

Sonuç olarak, boşaltım aktivitesi ile ilgili herhangi bir sorun bireyin YBÜ'deki kalış süresini uzatabilmekte, dolayısı ile olumsuz deneyimler yaşamasına neden olabilmektedir (Korfalı 2008).

Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Kişisel temizlik aktivitesi, deri ve eklerinin temizlik ve bakımı ile ağız-diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıklardan oluşmaktadır. Giyinme aktivitesi ise, bireyin bedensel korunma ile geleneksel ve kültürel ifadenin yanı sıra seksüel ifadeyi de yansıtmaktadır (Kaya 2008a).

Yoğun bakım ünitelerinde sürekli yatağa bağımlılık, üretral sonda, santral/periferel/hemodiyaliz kateterlerin varlığı, hareketsizlik, hipertermi, gaita inkontinansı gibi nedenlerle deri bütünlüğü bozulmakta, vücut temizliği gereksinimi de artmaktadır. Özellikle entübasyon ya da trakeostomi ile mekanik ventilasyondaki enteral yollardan beslenen hasta bireylerde ağızdaki mukoz membran bütünlüğü ile ilgili sorunlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Trakeadan ve özefagustan gelerek ağız içinde biriken sekresyonlar kötü ağız hijyenine sebep oldukları gibi bunların akciğerlere aspirasyonu sonucu ciddi sistemik enfeksiyonlara da yol açtıkları belirtilmektedir (Çelik 2003). Yoğun bakım ünitelerinde hasta bireylere giysi giydirilmemesi, bireylerin hipotermiye girerek üşümelerine neden olduğu gibi mahremiyetlerinin de bozulmasına yol açabilmektedir. Özellikle bilinci açık kadın hasta bireyler bu durumdan oldukça rahatsız olduklarını ifade edebilmektedirler (Akın ve Arıboğan 2006).

Beden Isısının Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

İnsan organizmasının, ısıyı hem üretici hem de kaybedici özellikte olup beden ısısının kontrolünün de üretilen ve kaybedilen ısı enerjisinin dengede olmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Sağlıklı birey, beden ısısını normal sınırlarda sürdürebilmek için; çevre ısısını ayarlama, ortamı havalandırma, giysi türü ve sayısını seçme, fiziksel

aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanırken, hasta bireyin tüm bunları gerçekleştirmesinde dışarıdan başka bireylere/yardımcı araçlara gereksinimi bulunmaktadır (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitelerinde beden ısısındaki değişikliklerle sık karşılaşıldığı ve bu değişikliklerin de çoğunlukla enfeksiyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öte yandan beden ısısındaki değişiklikler, YBÜ’de hastalık prognozunu olumsuz etkileyebilmektedir (Kahveci 2008).

Yoğun bakım ortamında sürekli soğuk hava veren merkezi klimaların çalıştırılması, hasta bireylere uygulanan tüm hemşirelik girişimleri ve tedavi uygulamaları (kateter takma, dren yerleştirme, cerrahi batın pansumanı gibi) sırasında bireylerin üzerindeki giysilerin çıkarılması, hemodiyaliz/hemofiltrasyon gibi kanın vücut dışında bir ortamda dolaştırılması gibi tedavi yöntemleri, YBÜ’lerinde yatmakta olan hasta bireylerin beden ısılarının düşmesine neden olabilmektedir (Akın ve Arıboğan 2006).

Sonuç olarak gerek hipotermi gerekse hipertermi bireylerin yoğun bakım deneyimlerini etkileyebilen önemli hemşirelik tanılarınıdır.

Hareket Aktivitesi

Hareket aktivitesi, yaşam modelinin bileşenlerden biri olan bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili ve yaşamsal öneme sahip bir aktivitedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla uygulanan mekanik ventilasyon tedavisi sırasında bireylere derin sedasyon verilmekte, bu durum da hareket aktivitesinde tam bağımlılığa yol açmaktadır. Yanısıra kafa travması gibi hastalık durumlarında hareketsizlik artmakta ve tüm bu etmenler basınç yaralarına, derin ven trombozuna, periferik ödeme, kemik yoğunluğunda kayıplara, eklemlerde sertlik ve kontraktürlere, ventilasyon-perfüzyon gaz değişimlerinde bozulmalara vb. neden olmaktadır (Çelik 2006; Kaya 2004; Yücel 2008). Hareketsizlik ile ilişkili tüm bu etmenler; bireylerin iyileşme süreçlerini ve YBÜ’den taburculuk sürelerini uzatabilmekte, sonuç olarak yoğun bakım deneyimlerini etkileyebilmektedir.

Çalışma ve Eğlence Aktivitesi

Yaşamın sürdürülmesinde olduğu kadar, yaşam kalitesini geliştirmekte önemli rolü olan bir aktivitedir. Yetişkin sağlıklı birey, yaşamında geçimini sağlamak ve zamanını değerlendirmek için bir uğraş edinir, çalışır. Geriye kalan zamanını ise kendisine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitesinde hasta bireyler, burada geçirdikleri süre boyunca çalışma ve eğlence aktivitelerini gerçekleştirememektedirler. Yetişkin ve ailesini geçindirmek zorunda olan birey herhangi bir hastalık nedeniyle YBÜ'de kalmak zorunda olduğunda ailesini geçindirmekte yetersiz/güçsüz olduğunu düşünerek ümitsizliğe kapılmaktadır. Hatta çoğu hasta birey kendi hastalığını unutarak yakınlarının yaşam standartları konusunda endişe duyduklarını ifade etmektedirler (Granja ve ark. 2005).

Yoğun bakım ünitesinde çok uzun süre kalan ve şuuru açık hasta bireyler, bu ortamda kendilerini oyalayacak/eğlendirecek hiçbir aktivitenin olmamasından dolayı zamanın hiç geçmediğini, çok sıkıldıklarını ifade ederek YBÜ'den bir an önce çıkmak istediklerini dile getirebilmektedirler (Akın ve Arıboğan 2006).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Bireyin fiziksel görünüşü, giyim tarzı, sözel ve sözel olmayan iletişimi, ailesi, sosyal rolleri ve ilişkileri ile ilgili bir aktivitedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitesinde genellikle hasta yataklarının birbirine yakın olması, hasta bireylerin sürekli olarak birbirlerini görmesine olanak vermektedir. Bu durum özellikle bilinci açık olan hasta bireylerde utanma, sıkılma, kendini ifade edememe gibi sorunlara neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde bireylere uygulanan hemşirelik bakımları sırasında (vücut banyosu, yatak yakımlarının değişimi, perine bakımı gibi), dış kliniklerden konsültasyon için hekimlerin üniteye gelmesi, ziyaretçilerin alınması, bilinci açık diğer hasta bireylerin tüm bakım uygulamalarına tanık olmaları gibi nedenlerle hasta bireyler rahatsız olup endişe ve sıkıntı duyabilmektedirler (Cheanaud ve ark. 2006).

Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan entübasyon/trakeostomi tüpleri, üretral sonda, geçirilen ameliyatlara bağlı yapılan pansumanlar hasta bireylerin beden imajlarını kötü algılamalarına neden olabilmekte, hasta bireyler YBÜ’de yatarken çok sevdikleri yakınlarının bile kendilerini bu şekilde görmelerini istemeyebilmektedirler (Griffiths ve Jones 1999).

Uyku ve Dinlenme Aktivitesi

Uyku, bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, fiziksel ve ruhsal açıdan yeniden enerji depolanmasını sağlayan yaşam aktivitelerinden biri olarak tanımlanmaktadır. William Shakespear, uykunun iyileştirici etkisini doğanın yumuşak hemşiresi olarak ifade etmiştir. Yetişkin bireyler yaşamlarının 1/3’ünü uykuda geçirmektedir. Uyku da diğer yaşam aktiviteleri (solunum, beslenme, boşaltım) gibi temel fizyolojik bir gereksinimdir. Ancak uyku yoksunluğu/bozukluğu durumlarında uykunun önemi anlaşılmaktadır. Yapılan araştırmalarda YBÜ’de sürekli takip için kullanılan monitörlerin alarmları, MV cihazları, entübasyon tüpüne bağlı nefes alamama hissi, ağrı, gece saatlerinde yapılan hemşirelik bakımlarının sıklığı, üniteye çalışan sağlık ekibinin yüksek sesle konuşması, ışıkların sürekli yanması, ortamın aşırı sıcak ya da soğuk olması gibi etmenlerin hasta bireylerin uyku aktivitesini etkileyebildiği belirtilmektedir (Çelik ve ark. 2005; Erol ve Enç 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki yabancı sesler, insanlar, görüntüler ve algıların hasta bireyde stres kaynağı yaratarak bireyin hem uyku süresini hem de uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde uykuyu bozan başlıca etmenler arasında; ağrı, fiziksel durumun bozulması, ilaç tedavisi, ölüm korkusu, ışıklandırma, gürültü, hoş olmayan kokular, yabancı aletler, hemşirelik bakımı girişimleri, invaziv girişimler, mahremiyet kaybı, aileden uzak kalma, hipotermi/hipertermi sayılmaktadır. Uyku aktivitesindeki bozulmaların YBÜ’deki bireyde konfüzyon, halüsinasyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Erol ve Enç 2009).

Uyku gereksinimlerini karşılamakta güçlük yaşayan YBÜ’deki hasta bireylerin uyumalarını sağlamak için çeşitli antidepresan ilaçlar ya da sedatif ilaçlar verilmekte, bu

ilaçlar da uykunun kalitesini olumsuz yönde etkileyerek hasta bireylerde deliryum gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Seyhan 2006; Yaşar 2006).

Ölüm

Yaşamsal sonu ifade eden ölüm, yaşam aktivitelerini etkileyen ölüm süreci açısından önemli bir kavramdır. Ölümü yaklaşan bireye yaklaşım ve bireyin bakımı hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları arasındadır (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım üniteleri, ölüm oranlarının en yüksek olduğu birimlerdir. Öyle ki YBÜ ölümünden önceki yer olarak algılanmakta, çoğu birey sonunda öleceğini düşünmektedir. Öte yandan YBÜ’nde, son dönem ya da ölümü yaklaşan bireylerin restoratif tedaviden palyatif tedaviye geçişi sağlanmakta veya yaşam destek tedavisinin sonlandırılması için bir takım işlemler başlatılabilmektedir (Luce ve Levy 2009; Sabuncu ve ark. 1999).

Sonuç olarak, yaşam modelinin bir ögesi olan yaşam aktivitelerinin hepsi birbirleriyle ilişkilidir. Özellikle YBÜ’de bir aktivitenin yerine getirilememesi diğer aktiviteleri de etkileyebilmektedir. Yaşam aktiviteleri içinde solunum aktivitesi YBÜ’de yatan bireyleri en fazla etkileyen ve onları bağımlı hale getiren en önemli aktivitedir.

2.3.2. Yaşam Süresi ve Yoğun Bakım Deneyimi

Yaşam, döllenme ile başlayıp ölüme kadar olan bir süreçtir. Hemşire, döllenme sonrası doğumdan ölüme kadar yaşam süresinin her aşamasında, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Öte yandan hemşirelik bakımının, bireyin içinde bulunduğu yaşam evresinin göz önüne alınarak gerçekleştirilmesi, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Kaya 2008a).

Yoğun bakım üniteleri, bebek, çocuk, adölesan, erişkin, yaşlı her yaştan bireylere bakım veren birimlerdir. Hatta günümüzde bebekler için yenidoğan yoğun bakım, çocuklar için çocuk yoğun bakım üniteleri de bulunmaktadır.

Gebelik dönemi, havayolları, göğüs kafesi ve solunumun tetiklenmesinde değişikliklere yol açarak solunum sistemini etkileyebilmektedir. Ayrıca kardiyopulmoner sistem etkilenecek anormal laboratuvar bulguları ve farklı fizyolojik gereksinimler ortaya çıkarak gebe bireyin durumunu kritikleştirilen özel hastalık riskleri görülebilmektedir. Hellp sendromu, eklampsi, pulmoner ödem gibi gebenin yaşamını tehdit eden hastalık durumlarında yoğun bakıma olan gereksinim kaçınılmaz olmaktadır (Lapinsky 2009). Böyle bir durumda fetüs daha anne karnında yoğun bakım ortamı ile tanışmakta, yoğun bakımda uygulanan girişimlerden etkilenebilmektedir.

Yoğun bakım gereksinimi olan bebeklerin hayatı tehdit eden kritik hastalıkları nedeniyle yaşamları yoğun bakım ünitelerinde verilen bakıma dayanmaktadır. Yoğun bakım ortamı, bebeğin gelişimsel olarak hazır olmadığı bir anda hastalık, gürültü, ışık, tekrarlanan ağırlı uyaranlar, analjeziklerin uygulanması, ilaç uygulamaları gibi etkenler ile karşılaşmasının yanında dokunma, emme ve anne sesi gibi normal anne-bebek etkileşimini sağlayan etkenlerden de uzak kalmasına neden olmaktadır. Stres ve ağrı gibi uyaranlar nöroendokrin sistemi aktive ederek, gelişim üzerine değişik etkilerde bulunmaktadır. Anne-baba temasından ve uyaranlardan yoksun, bebeği rahatsız eden, onun için stres ve aşırı uyaranlara neden olan ortamdan oluşan bir yoğun bakım ortamı, bebeğin hassas fiziksel durumunu ve immatür organ sistemlerini olumsuz yönde etkilemekte; duyu gelişimini, beynin gelişimini ve organizasyonunu da doğrudan etkileyebilmektedir (Erdeve ve ark. 2008).

Adölesan dönemindeki genç bireyler genellikle intihar amaçlı ilaç entoksikasyonları, aşırı doz alkol alımı sonucu bilinç bulanıklığı, trafik kazaları gibi nedenlerle YBÜ’de bakım ve tedavi altına alınmaktadır. Yoğun bakım ünitesi adölesanlar için sıkıcı ve korkutucu olmakla birlikte adölesanların üniteye uyum sürecinde de birtakım sorunlar yaşanabilmektedir. Adölesan, bakım, tedavi ve izlem için kendisine bağlı bulunan ve beden imajını bozan monitör ve destek sistemlerinin (MV devresi, kateterler vb.) bağlantılarını çekerek ajitasyon, huzursuzluk gösterebilmekte ve sağlık ekibi ile işbirliği kurmayı reddedebilmektedir (Roper ve ark. 1996).

Yetişkin bireylerin YBÜ’e uyum süreçleri adölesanlara göre daha kolay olabilmektedir. Ancak bu bireylerin YBÜ’de ailelerinden uzakta kalarak toplum içinde üstlendikleri rollerini gerçekleştirememeleri, bakım-tedavi destek sistemlerine ve diğer

bireylere bağımlı duruma geçmeleri gibi nedenler anksiyete, ümitsizlik, korku vb. olumsuz duygular yaşamasına neden olabilmektedir (Roper ve ark. 1996).

Modern tıbbın ilerlemesi ile hasta bireylerin bakım ve tedavisi başarılı sonuçlar vermekte ve yaşam kalitesi ile birlikte yaşam süresi de uzamaktadır. Bu durum özellikle YBÜ'ni gerektiren yaşlı bireylerin sayısında da artışa sebep olmaktadır. Ancak ilerleyen yaş, YBÜ'de kalış süresini uzatarak ek hastalıkların sayısının ve şiddetinin artmasına neden olmakta, yaşamı tehdit altında olan hasta bireylerde mortaliteyi arttıran bir etmen olarak görülmektedir. Hatta ilerleyen yaş, çoğunlukla YBÜ'ne kabul kararını engellemekte ya da olumsuz etkilemekte, kimi zaman da uygulanacak bakım ve tedavinin kısıtlanmasına neden olabilmektedir. Yaşlı bireyler genellikle serebrovasküler olay, akut böbrek yetmezliği, miyokart enfarktüsü, solunum yetmezliği, aspirasyon pnömonisi gibi nedenlerle YBÜ'ne kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesi, yaşlı bireylerin yer, zaman ve kişi oryantasyonunu bozabilmekte; bu bireylerin bilinç bulanıklığı, depresyon, anksiyete, yalnızlık, ağrı gibi olumsuz yoğun bakım deneyimlerini yaşamalarına yol açabilmektedir (Umuroğlu ve ark. 2006).

Sonuç olarak, yoğun bakım gereksinimi tüm yaşam dönemlerinde meydana gelebilmekte ve bireyin içinde bulunduğu yaşam dönemi yoğun bakım deneyimini etkileyebilmektedir.

2.3.3. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi ve Yoğun Bakım Deneyimi

Yaşam modelinin en önemli öğelerinden biridir. Normal gelişim sürecine göre; yaşam süresinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımsızlık artmakta, yetişkinlik döneminde bağımsızlığın en üst düzeyde olduğu ve yaşlılıkta ise bağımsızlığın azalarak bağımlılığın arttığı görülmektedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım deneyimi ile yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiler incelenirken YBÜ'de yatan hasta bireylerin bütün yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken diğer bireylere ve yardımcı araç-gerece gereksinim duydukları belirtilmişti. Yaşam dönemlerine göre yoğun bakım deneyimleri incelendiğinde ise özellikle bebeklik, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde bireylerin başka bireylere olan bağımlılık düzeyleri artmaktadır. Bu dönemlerde hasta bireyler YBÜ'de kaldıkları sürece aile bireyelerine

(anne, baba, çocuklar gibi) daha fazla gereksinim duymaktadır. Adölesan ve yetişkinlik dönemindeki bireylerde ise YBÜ’de bağımlılık ya da yarı bağımlılık ön plandadır. Bu dönemlerde bireyin bilinci açık ise bakıma katılımı sağlanabilmektedir. Böylece YBÜ’nin olumsuz ortam koşullarına bireyin uyumu sağlanabilmekte ve olumsuz yoğun bakım deneyimleri azaltılabilmektedir.

2.3.4. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler ve Yoğun Bakım Deneyimi

Yaşam modelinde yaşam aktivitelerini etkileyen etmenler; biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik etmenler şeklinde sıralanmaktadır (Roper ve ark. 1996). Bu etmenlerin yoğun bakım deneyimini etkileme durumları aşağıdaki ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

Biyo-Fizyolojik Etmenler: Bireyin genetik yapısı, yaşı, cinsiyeti, sağlık/hastalık durumu, bedensel işlevlerinin durumu gibi özellikler bireyin tanılanmasında oldukça önemlidir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Yoğun bakım ünitesi hasta bireyin fiziksel ve psikolojik stres yaşamasına neden olmakta, bireyin yaşı, cinsiyeti, hastalık durumu gibi biyo-fizyolojik özellikler stresin derecesini ve etkisini değiştirebilmektedir (Akın ve Arıboğan 2006).

Psikolojik Etmenler: Bireyin yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesini etkileyen psikolojik etmenler tek başına değil; biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik etmenler ile birlikte ve yaşam modelinin diğer öğeleri göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Psikolojik etmenler; bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri, ruhsal durumu, huyu, mizacı, tutum ve davranışlarını içermektedir (Kaya 2008). Tüm bu özellikler bireyin YBÜ’de kaldığı sürece yaşadığı deneyimleri etkileyebilir. Örneğin; normal yaşantısında bağımsızlığına oldukça düşkün, sınırlı yapıya sahip olan bir birey, mekanik ventilasyon tedavisi altında endotrakeal entübasyona ve sık aralıklarla uygulanan aspirasyon işlemine aşırı tepki ve öfke göstererek ajite olabilmektedir (Griffiths ve Jones 1999).

Sosyo-Kültürel Etmenler: Sosyo-kültürel etmenler, gelenek ve görenekler, yaşamın spiritualite (maneviyat), din ve etik yönünü kapsamaktadır (Kaya 2008a). Yoğun bakım ünitesinde yatan bireyin eğitim düzeyi, inanç ve değerleri, yaşadığı sosyal yapının özellikleri, toplumsal statüsü ve rolleri, sosyal ilişkileri yoğun bakım deneyimini farklı

açılardan algılamasına neden olabilmektedir. Örneğin; YBÜ’de sürekli çıplak olarak yatırılan ve inançlarına son derece bağlı olan birey kendini suçlu ve cezalandırılmış olarak hissedebilmektedir. Kullandığı dil farklı olan hasta birey, YBÜ’de kendisine yapılan açıklamaları anlayamayarak iletişim kurmakta güçlük çekebilme, psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Roper ve ark. 1996).

Çevresel Etmenler: Çevresel etmenler, bireyin yaşadığı yerdeki atmosfer özellikleri (organik ve inorganik partiküller, güneş ışığı, ses, ve elektrik dalgaları vb.), bitkiler, hayvanlar, iklim ve coğrafi koşullar, yapay çevre koşulları, ev/yaşadığı ortamı vb. özellikleri ifade etmektedir (Kaya 2008a). Aşırı gürültülü, sürekli ışıklı, çok sayıda sağlık personelinin çalışmakta olduğu YBÜ’de sedasyonları kesilerek uyandırılmaya çalışılan ya da herhangi bir ameliyat sonrası post-op olarak YBÜ’ne gelen hasta birey uyandığı zaman kendini hiç tanımadığı bir ortamda görünce korku, endişe ve üzüntü yaşayabilmektedir. Yanındaki başka bir hastanın öldüğünü gören hasta birey kendisinin de öleceğini düşündüğünden, fiziksel ve psikolojik sorunlar gelişebilmektedir (Sekmen ve Hatipoğlu 1999).

Politiko-Ekonomik Etmenler: Yaşamın yasal, yönetsel ve ekonomik yönleri ilişkisini ifade etmektedir ve sıklıkla politik ve/veya ekonomik yaptırım ve eylemler, yasalar ile düzenlenmektedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Günümüzde gerek teknolojik gerekse farmakolojik gelişmeler, bir çok hasta bireyin yaşama dönmesini sağlarken diğer taraftan ancak yaşamsal destekle hayatta kalma şansı olan ancak iyileşme şansı olmayan bir grup hasta bireyin de ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde yatak sayılarının çok artmış olmasına rağmen yine de yeterli olamaması, zaman zaman YBÜ’lerine hasta bireylerin yatırılmasında tercih kullanılması zorunluluğunu da getirmektedir (Moral 2003). Ülkemizde bu duruma ve benzerlerine sıklıkla rastlanmaktadır. Örneğin; Anadolu’da bir hastanede yenidoğan YBÜ’nde yer olmadığı için anne ve babaya hasta olan iki bebeğin de yoğun bakım gereksinimi olduğunu söylemişlerdir. Durumu daha kritik olan bebeği YBÜ’ne alabileceklerini ifade eden hastane yetkilileri diğer bebeği başka bir ilde bulunan YBÜ’ne göndereceklerini ve bebeğin yolda başına gelebileceklerden de kendilerinin sorumlu olmayacaklarını belirterek aileye iki bebek arasında tercih yapma zorunluluğu getirmişlerdir (Bekleyen ve Aydın 2009).

Ayrıca yaşama şansı bulunmayan hasta bireylerde tam destek tedavisinin sürdürülmesi ya da kesilmesi YBÜ'den sorumlu hekimin karar vermesine bırakılmakta, bu tür hasta bireylerin yakınlarının desteğini kesilmesini istemeleri gibi bir durum da ortaya çıkabilmektedir (Moral 2003).

Yoğun bakım ünitelerinde özellikle son yıllarda her türlü desteği sağlayarak yaşamı uzatmanın ötesinde yaşam kalitesi belli düzeye ulaşması mümkün olmayan hasta bireyde boşa çaba gösterilmesi ve bu çabanın yaşama şansı daha yüksek olan başka bireye verilmesi gerektiği, yoğun bakım tedavisinin maliyetinin yüksek olduğu ve kaynakların yanlış kullanımları gibi etik konular üzerinde durulduğu belirtilerek biyomedikal etiğin dört temel prensibi açıklanmaktadır (Babadağ 1997; Moral 2003; Şahinoğlu 2003):

Yararlı Olma (Beneficence): Hasta bireyi sağlığına kavuşturma yolunda yararlı olabilme ve yaşamını koruma çabalarını kapsamaktadır. Örneğin; yoğun bakım ünitesinde kardiyak arrest geçirmiş bireye uygulanan başarılı kardiyopulmoner resüsitasyon başlangıçta yararlı olmakla beraber, YBÜ' de kaldığı süre içinde bireye daha fazla yarar sağlanması mümkün olmayabilir.

Zarardan Koruma (Nonmaleficence): Hasta bireye zarar verebilecek her türlü girişimden kaçınılmasını ifade etmektedir. Ancak YBÜ'de bir takım tedavi edici girişimlerde olası komplikasyonlar ve ters etkiler de olabilmektedir. Örneğin; bireyin hemodinamik durumunun takibi ve hızlı bir şekilde infüzyon sıvılarının verilebilmesi için YBÜ'lerinde sıkça uygulanan santral venöz kateter girişimi sırasında akciğerlere hava verilmesi bir komplikasyon olarak görülebilmektedir.

Otonomi: Yasal olarak erişkin kabul edilen bir hasta bireyin, hastalık durumu konusunda yeterli derecede bilgilendirildiğinde tıbbi tedaviyi ya da yaşam desteğini kabul/reddetme hakkının bulunduğunu ifade etmektedir. Sorumlu hekim YBÜ'de yatmakta olan bireye/ailesine hastalık durumu hakkında bilgiyi doğru ve dürüst olarak vermek ve bireyden/ailesinden yapılacak uygulamalar için izin almakla yükümlü bulunmaktadır.

Adaletli Olma (Justice): Yoğun bakım olanaklarının üniteye bulunan her hasta bireye eşit şekilde kullanılabilmesine imkan tanıma şeklinde yorumlanmaktadır. Ancak

olanakların ve kaynakların kullanımında öncelik tanıma zorunluluğu da ortaya çıkabilmektedir.

2.3.5. Bireye Özgü Hemşirelik Bakımı ve Yoğun Bakım Deneyimi

Yaşam modelinin bu ögesinde; her bireyin tüm yaşam aktivitelerini gerçekleştirdiği, ancak bu aktiviteleri gerçekleştirirken farklı yolları kullandığı vurgulanmaktadır. Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede her bireyin bireyselliği, hangi yaşam evresinde bulunduğu, bağımlılık/bağımsızlık derecesine ve aktiviteleri etkileyen etmenlere göre biçimlendirilmektedir (Kaya 2008a; Roper ve ark. 1996).

Aşağıda YBÜ’nde bireyin yaşadığı yoğun bakım deneyimi yaşam modeli doğrultusunda ele alınarak bireye özgü hemşirelik bakımı hemşirelik sürecinin aşamalarına göre açıklanmıştır.

2.3.5.1. TANILAMA

Yoğun bakım ünitesindeki bireyi tanılama, veri toplama, verileri yorumlama ve düzenleme, verileri organize etme ve değerlendirme aktivitelerini içermektedir (Birol 2007).

Yoğun bakım ünitesindeki bireyden elde edilen subjektif (bireyin ifade ettiği) ve objektif (hemşire ve diğer sağlık ekibi tarafından fiziksel değerlendirme, tanı işlemleri vb. yollardan elde edilen) veriler yaşam aktiviteleri kapsamında değerlendirilir (Birol 2007; Roper ve ark. 1996):

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik YBÜ’deki bireyin; görme, işitme vb. duyuşal sorunlarının olup olmadığı, altta yatan tıbbi tanısı, uygulanan invaziv girişimler nedeniyle enfeksiyona maruz kalma durumu gibi durumlar sorgulanır.
- İletişim aktivitesine yönelik; YBÜ’nde bireyin iletişimini etkileyen etmenler (entübasyon/trakeostomi tüpü varlığı vb.), iletişim biçimleri belirlenir.
- Solunum aktivitesinde; YBÜ’nde bireyin solunum güçlüğü yaşama durumu, solunum aktivitesinde yardımcı araç-gereçe (MV destek tedavisi) gereksinimi, solunum/dakika sayısı, satürasyonu (distal uçtan kandaki oksijenlenme düzeyi),

uygulanan MV cihazına uyum durumu, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal sekresyonların niteliği, MV'dan ayrılabilme durumu vb. belirlenir.

- Beslenme aktivitesinde; bireyin kilosu ve boyu, tıbbi tanısına uygun beslenme planı, beslenmede yardımcı araç-gereçe (enteral beslenme tüpleri, parenteral yolu vb.) olan gereksinimi, günlük kalori gereksinimi vb. tanılanır.
- Boşaltım aktivitesinde; YBÜ'nde bireye uygulanan yardımcı araç-gereç varlığı, dışkılama sıklığı, bağırsak sesleri vb. tanılanır.
- Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde; YBÜ'nde yatan bireyin derisi ve ekleri baştan ayağa tanılanarak gereksinimleri (ağız içi, saçlı deri, cildin tonüsü, nemi vb.) belirlenir.
- Beden ısısının sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik; YBÜ'ndeki ortam ısısına bireyin uyum sağlama durumu, hipotermi/hipertermi varlığı, beden ısısını etkileyen etmenler (pansuman değişimi, hemofitrazyon uygulaması vb.) sorgulanır.
- Hareket aktivitesine yönelik; YBÜ'nde bireyin hareketsizlik durumu, basınç bölgelerinin durumu, hangi pozisyonda rahat ettiği, en son verilen pozisyon, eklem açıklığı hareketleri vb. tanılanır.
- Çalışma ve eğlenceye yönelik; YBÜ'nde şuuru açık olan bireyin ilgi alanları belirlenir, gerçekleştirmek istediği aktivitelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Cinselliği ifade etmeye yönelik; YBÜ'nde yatan bireyin beden imajını etkileyebilecek organ kayıpları olup olmadığı değerlendirilir ve bireyin görüntüsünü olumsuz etkileyebilecek yardımcı araç-gereçlere (entübasyon/trakeostomi tüpü, kolostomi, santral venöz kateter vb.) karşı algılaması vb. sorgulanır.
- Uyku ve dinlenme aktivitesine yönelik; YBÜ'nde bireyin uyku düzenini bozan etmenler, aşırı uyku/uykusuzluk durumu, ajitasyon belirtileri, sedasyon gereksinimi vb. tanılanır.
- Ölüme karşı YBÜ'nde bireyin duygu ve düşünceleri, yanında ölen başka bir hasta bireyi görme durumu ve olaya tepkileri belirlenir.

Yoğun bakım ünitesinde bireyin yaşadığı deneyimlerden etkilenme durumunu belirlemede hemşirenin gözlemleri oldukça önem taşımaktadır. Hemşire bireyin her davranışını çok iyi değerlendirmeli, fiziksel muayene yöntemlerini yerinde kullanabilmeli, tanı testlerini, laboratuvar bulguları sonuçlarını çok iyi analiz edebilmeli ve değişiklikleri düzenli bir şekilde kayıt etmelidir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylere çok sayıda yardımcı tanı testleri, laboratuvar ve radyolojik incelemeler uygulanmaktadır. Bu uygulamalardan özellikle YBÜ'ne özgü arteriyel kan gazı, bireyin solunum aktivitesine bağlı sorunların tespit edilmesinde ve hemşirelik tanısının konmasında çok önemli yardımcı testlerdendir. Kan gazı, YBÜ'nde mekanik ventilasyona bağlı olan bireyde takılı olan çoğu kez arteriyel ya da santral kateterinden alınan kanın düzenli aralıklarla incelenmesi ile değerlendirilmektedir (Kocamanoğlu 2003).

Radyolojik incelemelerden ise akciğer grafisi YBÜ'nde en sık uygulanan tanı işlemlerindedir. Yoğun bakım ünitesinde yatan her bireye rutin olarak akciğer grafisi çekilerek tıbbi tanının prognozu belirlenmektedir. Aynı zamanda YBÜ'nde uygulanan santral venöz kateter takılması, trakeostomi açılması, toraks tüpü yerleştirilmesi vb. işlemlerden sonra da akciğer grafisi çekilmektedir. Akciğer grafisi, taşınabilir röntgen cihazı sayesinde hasta birey hiç taşınmadan yatağında çekilebilmektedir (Şahinoğlu 2003).

2.3.5.2. HEMŞİRELİK TANILARI, HEMŞİRELİK BAKIMININ SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Yoğun bakım ünitesinde bulunan bireye özgü veriler toplanarak bireyin yoğun bakım deneyimini olumsuz yönde etkileyebilecek sorunlar tespit edildikten sonra sorunun ismi/hemşirelik tanısı konur. Sorunu gidermek için bireyin bakım gereksinimlerine yanıt verebilecek hedefler belirlenir. Belirlenen hedefler doğrultusunda bireye özgü hemşirelik girişimleri planlanır ve kayıt edilir (Biol 2007).

Aşağıda yoğun bakım deneyimi ile ilişkili olabilecek NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları yaşam modelinin yaşam aktiviteleri ögesine göre ele alınmış, hemşirelik bakımının sonuçları ve girişimler açıklanmıştır.

1. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Konforda/Rahatta Değişim: Akut Ağrı

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin bir saniyeden uzun, 6 aydan kısa bir süre rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu ifade etmesi ve bunu yaşamasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin yaşam bulgularında değişiklikler olması (kan basıncında ve kalp tepe atımında artış, solunum sayısında artış gibi), huzursuzluk, ajitasyon, mekanik ventilasyon cihazı ile uyumsuzluk, bireyin sözel ya da sözel olmayan davranışlarıyla ağrıyı ifade etmesi, uyku düzeninde bozulmadır. **İlişkili Etmenler:** Cerrahi girişimler, travmalar, YBÜ’de uygulanan tüm invaziv girişimler, uzun süren hareketsizlik durumu, trakeal aspirasyon, hemşirelik bakım girişimleri, YBÜ’deki cihazların gürültüsü, uyarıların fazla oluşu vb’dir (Badır ve Aslan 2003)

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Ağrı nedenini, ağrıyı arttıran/azaltan etmenleri tanımlayacak.
- Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz olarak ifade edecek.
- Bağlı bulunduğu tıbbi cihazlar ile etkili bir şekilde baş edebildiğini ifade edecek.
- Yeterince dinlenebildiğini, uyuyabildiğini ve ağrısının kontrol altına alındığını belirtecek.
- Yaşam bulguları normale dönecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilir.
- Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenir.
- Uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılır.

- Endotrakeal entübasyon/trakeostomi gibi girişimlerden önce bireyin derin bir şekilde uyuması sağlanır.
- Bireye bağlanan cihazların kablo ve bağlantı sistemlerinin yerleri kontrol edilerek bunların bireye zarar vermeleri engellenir.
- Bireye rahat edebileceği uygun pozisyon verilir.
- Ortamdaki uyaranlar azaltılır, gereksiz gürültü engellenir.
- Bireye özel ağrı tedavi planının uygulanması sağlanır.
- Ağrılı invaziv girişimlerden önce hekim istemi ile bireye uygun analjezik ilaçlar uygulanır (Badır ve Aslan 2003; Birol 2007; Erdemir 2005).

Korunmada Değişim: Enfeksiyon Riski

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin endojen ya da ekzojen kaynaklı, fırsatçı ya da patojen bir ajanın (virüs, bakteri, mantar vb.) saldırısına uğrama riski taşımasıdır. **Risk Etmenleri:** Kanser, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği gibi kronik hastalık durumları, travmalar, geçirilen cerrahi girişimler, immün yetmezlik, total parenteral beslenme, enteral beslenme, endotrakeal entübasyon, trakeostomi, trakeal aspirasyon, invaziv girişimler (arteryal kateter, santral venöz kateter, üretral sonda vb.), organ transplantasyonları, hemodiyaliz/hemofiltrasyon, plazmaferezis uygulamaları, uzun süren yatağa bağımlılık, bası yaraları, YBÜ’nde uzun süre kalma, cerrahi aseptik tekniğe uyulmaması, YBÜ’nde çalışan sağlık ekibinin doğru el yıkama tekniğine uymaması, açık cerrahi yaralar (açık batın, uzuv kopmaları, parçalı kırıklar vb.), immünosupresif tedavi, YBÜ’nde nazokomiyal enfeksiyonları (MRSA, VRE vb.) taşıyan bireylerin izole edilmemesi vb.dir (Akyol 2006).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Yaşam bulguları normal seyredecek.
- Yoğun bakım ünitesinde kaldığı süre boyunca nazokomiyal enfeksiyona maruz kalmayacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin YBÜ'nde kaldığı süre boyunca maruz kaldığı enfeksiyon risk faktörleri (invaziv kateterler, entübasyon/trakeostomi, mekanik ventilatör cihazları, aspiratör vb.) belirlenir.
- Tüm invaziv girişimlerde (arteryal/santral venöz kateter, üretral kateter takılması vb.) cerrahi aseptik tekniğe kesinlikle uyulması sağlanır.
- Çalışan tüm sağlık ekibinin, uygun el yıkama tekniği ile el yıkaması sağlanır.
- Hemşirelerin tüm bakım ve tedavi uygulamaları öncesi ve sonrasında el yıkamaya özen göstermesi sağlanır.
- Üniteye nazokomiyal enfeksiyonu olan bireylerin izole edilmesi sağlanır, bu bireylerin tüm atık materyalleri (pansuman atıkları, çarşaf takımları, alt bezleri, idrar ve feçes atıkları vb.) ayrı bir yerde toplanarak uygun yöntemlerle imha edilmesi sağlanır.
- Nazokomiyal enfeksiyonu olan bireyin hemşiresi ayrılır. Enfekte hasta bireye bakım veren yoğun bakım hemşiresi koruyucu güvenlik önlemlerini (önlük giyme, maske, bone ve eldiven takma vb.) alarak enfeksiyon taşıma riski engellenir.
- Belirli aralıklarla enfeksiyon kontrol hekiminin istemi ile rektal sürüntü örnekleri, kan, idrar ve trakeal kültürleri alınarak enfeksiyon laboratuvarına gönderilir.
- Bireyin yaşam bulgularındaki değişiklikler anında tespit edilerek rapor edilir.
- Bireye takılı olan monitörler, aspiratör ve ventilatör cihazları, hemodiyaliz cihazı vb. araçların temizliği ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılması sağlanır.
- Enfeksiyon kontrol komitesinin işbirliği ile YBÜ'ne özel antiseptik ve dezenfektan malzemelerinin kullanımı sağlanır.
- Bireye YBÜ'nde kaldığı süre boyunca profilaktik amaçla antibiyotik tedavi planı uygulanır (Akyol 2006; Birol 2007; Erdemir 2005).

Çevre Değiştirme/Taşınma (Relokasyon) Stresi

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin alışkın olduğu bir çevreden başka bir çevreye taşınması sonucu, fizyolojik ve/veya psikolojik rahatsızlıklar yaşamasıdır.

Bireyin hiç bilmediği ve diğer ünitelerden çok başka bir yer olan YBÜ’nde bulunması stres yaratan başlıca faktörlerdendir. Çevre değiştirme stresi hem YBÜ’ne kabulde hem de üniteden taburcululuk/transfer sırasında sıklıkla görülebilmektedir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyde; depresyon, konfüzyonda artma, korku-endişe-şüphe, anksiyete, öfke, yeme ve uyku alışkanlıklarında değişme, bağımlılık gösterme, gastrointestinal bozukluklar, gereksinimlerin sözel ifadesinde artış olması, huzursuzluk, güvensizlik gösterme, bakım veren kişileri öncekilerle karşılaştırma, uyanıklık durumunda artma/tetikte olma, içe kapanma görülmektedir. **İlişkili Etmenler:** Sağlık durumunda kötüleşme, YBÜ’nde farklı bakım ve tedavi uygulamalarının yapılması, YBÜ’ne neden geldiğinin farkında olamama, bireysel bakımda kontrolün azalması, bakım veren kişilerde değişiklik olması, bireyi izlemede kullanılan araçlarda (monitör vb.) azalma/artma, iki ortam arasındaki fiziksel farklılıklar, bakımda uyumsuzluklar/tutarsızlıklar olması, özel yaşamın kaybı, kabul/taburculuk/transfer öncesinde bireye bilgi verilmemesi, belirsizliktir (Doğanay 2003; Kanan 1998; Kaya 2003).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Yoğun bakım ünitesi hakkındaki kaygılarını ifade edecek.
- Üniteye kabulü hakkındaki olumlu düşüncelerini ifade edecek.
- Fizyolojik ve/veya psikolojik rahatsızlık olmaksızın YBÜ’ne uyum gösterecek.
- Yoğun bakım ünitesinde yeni bağılıklar ve ilişkiler kurabilecek.
- Bakım aktivitelerine katılmaya başlayacak.
- Diğer bir üniteye taburcu/transfer olmaya hazır olduğunu ifade edecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin YBÜ’ne neden geldiği kısaca açıklanır.
- Kaygı ve korkusunu ifade etmesi sağlanır.
- Bireyin daha önceki yaşamı, aktiviteleri ve alışkanlıkları tanınır.

- Bireye yapılan tüm işlemler öncesinde açıklama yapılarak bireyden izin alınır.
- Bireyin öz-bakım gereksinimleri belirlenerek bunları gidermede bireyin katılımı sağlanır.
- Bireye ait kişisel eşyaları (diş protezi, gözlük, saati, işitme cihazı vb.) temin edilerek bunları kullanmasına izin verilir.
- Yoğun bakım ünitesinden taburcu/transfer edilecek birey, bağlı olduğu izleme araçlarından yavaş yavaş ayrılarak üniteden taşınması için hazırlık yapılır.
- Taburcu/transfer edilirken, bireyin kişisel eşyaları da birlikte gönderilir.
- Birey YBÜ'nden taburcu/transfer edilirken bireyin kullandığı ilaçlar, bakım-tedavi planı, bireyde takılı olan kateterlerin durumu, mevcut sorunları, en son kaydedilen yaşam bulgularını içeren hemşirelik epikriz formu doldurularak birey ile birlikte gönderilir (Biol 2007; Çelik 1999; Erdemir 2005; Kaya 2003).

Konfüzyon

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin nedeni ve başlangıcı tanımlanamayan şekilde, kavraması, dikkat, uyum, bellek ve oryantasyonunda bozulmalar olmasıdır.

Tanımlayıcı Özellikleri: Bilinç, dikkat, algılama, bellek, oryantasyon ve düşünmede bozulma, yanlış algılama, aşırı uyanıklık hali, ajitasyon, tutarsızlık, YBÜ'de bireyin entübasyon/trakeostomi tüpünü çekerek kendine zarar vermesi, tedavi ve bakımı reddetmesi, huzursuzluktur. **İlişkili Etmenler:** Dehidratasyon, elektrolit-sıvı dengesinde bozulma, asidoz/alkoloz, hiperkalsemi/hipokalsemi hiperglisemi/hipoglisemi gibi nedenlerle ilişkili olarak serebral hipoksi ya da serebral metabolizmada bozulma; beslenme eksikliği; konjestif kalp yetmezliği, myokart enfarktüsü gibi kardiyovasküler bozukluklar; pnömoni, pulmoner emboli gibi solunum bozuklukları, sepsis, tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar (nöroleptikler, narkotikler, sedatifler) vb. dir (Köksal 2007).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Yoğun bakım ünitesindeki uyaranlara karşı ilgili ve bilinçli olacak.
- Kendine ve bakım veren kişilere zarar vermeyecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireye her gün tarih, yer, saat ve YBÜ'ne hangi nedenlerle yatırıldığı konularında bilgi verilir.
- Bireyin işitme ve görme sorunu olup olmadığı değerlendirilir.
- Bireyin anlayabilmesi için göz teması kurularak yavaş ve duyabileceği alçak bir ses tonu ile konuşulur.
- Birey yakından izlenerek yataktan düşmesi, entübasyon/trakeostomi tüpünü çekmesi, kateterlerini çıkarması engellenir.
- Bireyin ajitasyonu devam ediyorsa hekim bilgisi ile sedatif ilaçlar uygulanır.
- Sedatize edilen bireyin her gün sedasyonları azaltılarak bilinç, oryantasyon durumu kontrol edilir.
- Sedasyona rağmen ajitasyonu geçmeyen birey zarar görmeyecek şekilde hekim onayı ile yatağa tespit edilir.
- Bireyin yakınları ile işbirliği kurularak onlardan yardım alınır.
- Yoğun bakım ünitesinden taburcu/transfer olmadan önce birey ve ailesine bakım için gerekli bilgi ve eğitim verilir (Biol 2007; Erdemir 2005; Köksal 2007).

2. İletişim aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Anksiyete

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin güvenliğinin tehdit altında olduğunda, gerginlik, endişe ve kaygı hissetmesidir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Yaşam bulgularında değişiklikler (kan basıncında ve kalp tepe atımında artış, solunum sıkıntısı gibi), yorgunluk, huzursuzluk, halüsinasyonlar, uykusuzluk, uyumsuzluk, ajitasyon, zaman ve yer oryantasyonunda bozulma, içe kapanma ve dış dünya ile iletişimi koparma, uyaranlara tepkisiz kalma vb. dir. **İlişkili Etmenler:** Fiziksel çevrede değişiklik, YBÜ'nde gürültü, ışık gibi uyaranların oluşu, çevresel stresörler nedeniyle uykusuzluk, aniden hastalanma, tanının bilinmemesi, ölüm korkusu, ağrı, tedavi hakkında bilgi alamama, invaziv girişimler, yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, yoğun bakım deneyiminin

olmaması ya da daha önceki olumsuz yoğun bakım deneyimleri, sevdiklerinden/bakımını sağlayan bireyden ayrılma vb. dir (Akın ve Arıboğan 2006; Carr 2007; Wong ve Arthur 2000).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Uygulanan tedavi planına katılacak.
- Yoğun bakım ünitesinde kaldığı süre boyunca uyum içinde olacak.
- Etkili başetme yöntemleri geliştirebilecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireye YBÜ hakkında açıklama yapılır.
- Uygulanan tüm bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgi verilir.
- Bireyin bilinç durumu, yer ve zamana oryantasyonu gözlemlenir.
- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir.
- Anksiyetesini arttıran ve azaltan faktörler araştırılır.
- Geçmişte yoğun bakım deneyimi olup olmadığı araştırılır.
- Başetme yöntemleri değerlendirilerek uygun yöntemi kullanması sağlanır.
- Ailesini/yakınlarını daha sık görmesi sağlanır.
- Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olup, kişisel bakımına katılımı sağlanarak güven ortamı oluşturulur (Griffiths ve Jones 1999; Birol 2007; Erdemir 2005).

Yoğun Bakım Ünitesi Hakkında Bilgi Yetersizliği

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyde içinde bulunduğu durum ya da bakım ve tedavi planı ile ilgili bilişsel bilgi ve/veya psikomotor beceri eksikliğinin olmasıdır.

Tanımlayıcı Özellikleri: Bireyin sağlık durumuna ilişkin yanlış algılama ifade etmesi, sürekli sorular sorması, bakım ve tedavi planının yaşam aktivitelerine entegre

edilememesi, huzursuzluk, anksiyete, depresyon, ajitasyon, bakım ve tedaviyi reddetmedir. **İlişkili Etmenler:** Bireye yapılan bakım ve tedavi hakkında yeterince açıklama yapılmaması, bireyin daha önceden yoğun bakım deneyiminin olmayışı, sosyo-kültürel farklılıklardır (Küçük 1999).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Bilgi yetersizliği olduğunu ifade edecek.
- Hastalık durumunun ve yapılan bakım-tedavi uygulamalarının farkında olacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireye yapılan tüm işlemler ile ilgili uygun şekilde açıklamalar yapılır.
- Bireyin durumu ile ilişkili öğrenmek istediği konular tespit edilir.
- Birey, soru sorması için desteklenir.
- Bireyin soruları, açık, anlaşılır anlayabileceği ifadelerle cevaplanmaya çalışılır (Erdemir 2005; Küçük 1999).

İletişimde Yetersizlik

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin mesaj alma ve verme yeteneğinin azalması, istek, düşünce, algılama ve gereksinimlerini iletmede güçlük yaşamasıdır.

Tanımlayıcı Özellikleri: Konuşmanın olmayışı, ses kaybı, sözel ve sözel olmayan mesajlar arasında uyumsuzluk olması, bireyin anlamadığını/yanlış anlaşıldığını ifade etmesi, sinirliliktir. **İlişkili Etmenler:** Konuşma kaslarının motor fonksiyonlarının bozulması ile sonuçlanan hastalık durumları (serebrovasküler atak, kafa travması, tümör, kronik hipoksi, myastenia gravis gibi sinir sistemi hastalıkları vb.), endotrakeal entübasyon, trakeostomi, larenjektomi vb. dir (Carpenito 1999; Yava ve Koyuncu 2006).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Değişik yöntemler ile iletişim yeteneğinde gelişme olduğunu belirtecek.
- Anlama yeteneğinde artma olduğunu gösterecek.
- İletişim sorunu nedeniyle oluşan sıkıntı ve sinirlilik halinde azalma olacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin duymasını ve anlamasını kolaylaştıracak yöntemler kullanılır.
- Yoğun bakım ünitesindeki gereksiz gürültüler azaltılır.
- Bireyin anlayabileceği şekilde açık ve sade bir dille konuşulur.
- Anlatılanı anlamamış gibi görünüyorsa tekrar edilir.
- Verilen bilgi hakkında bireyden geri bildirim alınır.
- İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler kullanılır.
- Entübe ya da trakeostomili bireylerin kullanması için kalem, kağıt, yazı tabelası gibi malzemeler temin edilir.
- Bireyin dudaklarını ve el hareketlerini kullanabilmesi için desteklenir.
- Birey ile konuşmak için yeterince zaman ayrılır, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için fırsat verilir (Biro1 2007; Erdemir 2005; Yava ve Koyuncu 2006).

Korku

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin tehlikeli olarak algılanan, tanınabilen belirli bir kaynağa ilişkin olarak fizyolojik ya da emosyonel olarak bir rahatsızlık duygusu yaşamasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Titreme, ağlama, yorgunluk, kalp tepe atımında hızlanma, kan basıncında artma, solunum hızında artma, konsantre olamama, unutkanlık, irritabilitedir. **İlişkili Etmenler:** Geçirilen cerrahi girişimler, vücut fonksiyonlarının kaybı, terminal hastalık durumu, duygusal yetersizlik/bozukluklar, bilişsel yetersizlik/bozukluklar, uzun süre hastanede kalma, ağrı, yeni bir çevre,

YBÜ'deki yabancı kişiler, bilgisizlik, iletişim eksikliği, kötü rüyalar, invaziv girişimler, ölen başka bireyi görmedir (İnci ve Öz 2009).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Kendisinde korku yaratan etmenleri belirtebilecek.
- Fizyolojik ve psikolojik rahatlığında artma olduğunu ifade edecek.
- Bireyin yaşam bulgularında olumlu yönde değişimler kaydedilebilecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin korkularını ifade etmesine fırsat verilir.
- Bireye YBÜ'de olduğu konusunda açıklama yapılır ve ünitenin yapısı ve işleyişi hakkında bilgi verilir.
- Bireyin davranışları gözlemlenerek korkunun kaynağı belirlenir.
- Uygulanacak bakım ve tedavi girişimlerinden önce bireye anlayabileceği şekilde açıklama yapılır.
- Aile bireyleri/sevdikleri ile zaman geçirmesi sağlanır.
- Yoğun bakım hemşiresinin birey ile ilk karşılaştığında kendini tanıtarak bireyin güven içinde olması sağlanır.
- İnvaziv girişimlerde bireyin ağrı hissetmesini önlemek için hekim istemi ile uygun sedatif ilaçlar uygulanır.
- Eğer YBÜ'nde ölen biri varsa bireyin bu durumu görmemesi ve haberdar olmaması için önlemler alınır (Biol 2007; Erdemir 2005; Kaya 2008).

Uyumda Bozulma

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin içinde bulunduğu ortama ve uygulanan bakım-tedavi uygulamalarına uyum sağlamada güçlük yaşamasıdır. **Tanımlayıcı**

Özellikleri: Bireyin YBÜ'de kendisine takılı bulunan cihaz bağlantılarını çıkarması,

entübasyon/trakeostomi tüpünü, nazogastrik tüpü vb. tüpleri çekmesi, yataktan kalkarak gitmeye çalışması, öfke, ajitasyondur. **İlişkili Etmenler:** Yaşam biçiminde değişiklik, algılama düzeyinde bozukluk, motivasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin yetersiz olmasıdır (Erdeve ve ark. 2008; Yava ve Koyuncu 2006).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Sağlık durumunda önemli değişiklikler olduğunu ve bunların yaşam biçimine olan etkilerinin bilincinde olduğunu ifade edebilecek.
- Yoğun bakım ünitesinde yapılan bakım-tedavi uygulamalarının iyileşme sürecinin bir parçası olduğunu kabul edecek.
- Yapılan bakım-tedavi girişimlerine katılarak uyumunu gösterecek.
- Kendisine takılı bulunan cihaz bağlantılarına ve tüplere zarar vermeyecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireye YBÜ'ne yatırılma nedenleri açık bir dille anlatılır.
- Bireye uygulanacak bakım-tedavi işlemleri hakkında bilgi verilir.
- Bireyin YBÜ'ne karşı korku ve endişelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Her girişim öncesi bireye açıklama yapılır, mahremiyetine özen gösterilir.
- Bireyin YBÜ'ni ve bu üniteye uygulanan girişimleri nasıl algıladığı sorgulanır.
- Bireyin YBÜ'ne uyumu için baş etme yöntemleri araştırılır, aile bireyleri ile işbirliği sağlanır.
- Bireyin üniteye uyum göstermemesi durumunda iyileşme sürecinin nasıl olumsuz etkileneceği açıklanır.
- Bireyin entübasyon/trakeostomi gibi tüplerini çekerek kendine zarar vermesini önleyici girişimler yapılır.
- Bireyin yataktan düşmemesi için önlemler alınır.

- Bireyin YBÜ'ne uyum sürecinde destek sistemlerine başvurulur, psikiyatri konsültasyonu istenerek uygun bakım ve tedavi planlanır.
- Bireyin YBÜ'ne uyumunun sağlanması için hekim istemi ile sedasyon ilaçlar uygulanır (Biol 2007; Erdemir 2005; Köksal 2007).

3. Solunum aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Etkisiz Solunum Örüntüsü

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin solunum şeklinde bir değişim olması nedeniyle yeterli ventilasyonu sağlayamamasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin solunum hızında ya da şeklinde öncekine göre değişimler olması, kalp tepe atımında değişimler olması (aritmi, taşikardi gibi), ortopne, takipne, hiperventilasyon, ajitasyon, huzursuzluktur. **İlişkili Etmenler:** Sinir sistemi hastalıkları (gullian barre, multiple sklerozis, myastenia gravis gibi), santral sinir sistemi depresyonu/kafa travması, serebrovasküler olay, quadripleji, hareketsizlik ve etkisiz öksürmeye bağlı sekresyonların aşırı birikmesi, enfeksiyon, MV devresinin ayrılması/kıvrılması vb.dir (Bacakoğlu 2002).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Etkili bir ventilasyon gerçekleştirebildiğini, bulgular ve kendi ifadesi ile gösterecek.
- Soruna neden olan etmenleri bildiğini kabul ederek bunlarla baş edebilme yöntemleri geliştirecek (Biol 2007; Erdemir 2005).

Hemşirelik Girişimleri:

- Eğer YBÜ'deki bireyin bilinci açık ve oda havasında spontan solunum ile ventile oluyorsa, derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilerek uygulaması sağlanır.

- Bireyin akciğer sesleri düzenli olarak dinlenir. Görüntüleme yöntemi ile akciğerlerin havalanma durumu değerlendirilir. Solunum sayısı, derinliği, hızı ve bireyin genel görüntüsü sürekli gözlemlenerek değişiklikler kayıt edilir.
- Eğer birey MV'da herhangi bir solunum modunda takip ediliyorsa bu moda uyum durumu, solunum frekansı, tidal volümleri, kan gazı bulguları, yaşam bulguları (beden ısısı, kan basıncı ve kalp tepe atımı), periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) değerlendirilir. Entübasyon/trakeostomi tüpünün yeri, kaf (cuff) basıncı, uygulama tarihi kontrol edilir.
- Entübe/trakeostomize olan bireyin trakeal sekresyonları gereksinim oldukça düzenli olarak temizlenir.
- Bireye mümkünse düzenli olarak (30 dk-2 saat) pozisyon verilir. Akciğer filminde kapalı olan loblara solunum fizyoterapisti ile birlikte postural drenaj uygulanır.
- Solunum devrelerinin ve nemlendirici filtrelerin sekresyonla tıkanmamasına dikkat edilerek temizliğine özen gösterilir.
- Aspirasyon işlemi sırasında aseptik tekniğe dikkat edilir. Mümkünse iki kişi ile steril eldiven kullanılarak aspirasyon işlemi yapılır. Aspiratör hortumlarının ve kovalarının temizliğine özen gösterilir. Eğer mümkünse kapalı aspirasyon devreleri kullanılır.
- Ventilatör alarmları, ventilatör üzerindeki göstergelere bireyin uyum durumu, MV'nun olumsuz etkileri izlenir. Ventilatör devrelerinin kıvrılmamasına/ cihazdan ayrılmamasına dikkat edilir.
- Bireyin gereksinim duyduğu solunum modunda ventile olması sağlanır. Solunum sistemini baskılayıcı herhangi bir ilaç uygulanmasında MV modu kontrollü solunumda olacak şekilde ayarlanır.
- Bireyin entübasyon/trakeostomi tüp tespiti kirlendikçe ve belirli aralıklarla değiştirilir. Tüp tespitlerinin cilt üzerinde deri bütünlüğünü bozabilecek şekilde basınç oluşturması önlenir.
- Trakeadan ve mideden gelen sekresyonların bir kısmı ağız içinde birikip daha sonra bunlar alt solunum yollarına giderek burada pnömoni oluşturabildiğinden MV tedavisi alan bireyde ağız bakımına çok özen gösterilir.

- Mekanik ventilasyon desteği alan YBÜ'deki bireylerde solunum yollarındaki patojen mikroorganizmaların varlığından ya da entübasyon tüplerinin güvenlik bağlarının sıkı bağlanmasına bağlı intraokular basınç artışı ve kötü göz hijyeninden göz enfeksiyonları gözlenebilmektedir. Bu nedenle MV tedavisi altındaki bireylerde göz bakımına da özen gösterilir.
- Hekim istemi ile uygulanan bronkodilatatör inhaler ilaçların doğru yöntemlerle verilmesine dikkat edilir.
- Mekanik ventilasyon tedavisi sırasında bireyin sözel iletişimi belirli bir süre kesintiye uğrayacağından iletişime yardımcı araçların (kalem, kağıt vb.) yanında bulundurulmasına özen gösterilir (Carpenito 1999; Çelik 2006).

Mekanik Ventilatörden Ayrılmaya İşlevsel Olmayan Yanıt

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin MV desteğinden ayrılamaması, ayrılma sürecine uyum sağlayamaması ya da ayrılma zamanını uzatmasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin yaşam bulgularında anormal değerler olması, huzursuzluk, yorgunluk, solunumu yönlendirmeye yanıt verememe, aşırı terleme, solunumun ventilatörle koordine olamaması, bilinç düzeyinde azalma akciğer seslerinde anormal bulgular, kan gazı değerlerinde bozulma, siyanoz, ajitasyon, yardımcı solunum kaslarının hepsinin birden kullanılması vb. dir. **İlişkili Etmenler:** Hemodinamik durum değişkenliği, bilinç düzeyinde azalma, enfeksiyon, metabolik/asit-baz dengesizlikleri, sıvı-elektrolit dengesizliği, ağır hastalık süreci, kronik akciğer hastalığı, kontrol edilmemiş ağrı, aşırı sedasyon ve analjezi, yetersiz beslenme, uzun süre MV tedavisine bağlı kalma, YBÜ'deki olumsuz ortam koşulları (gürültü, rahatsız edici olaylar, kalabalık vb.), bireyin ventilatörden ayrılma süreci hakkındaki bilgi yetersizliği, korku, ümitsizlik, güçsüzlüktür (Demirkıran 2007; Dilek 2008).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Ventilatörden ayrılma planına istekli bir şekilde uyum gösterecek.
- Solunum örüntüsünü kontrol etmeye çalışacak.

- Ayrılma süreci sırasında rahat olduğunu belirtecek ve duygusal yanıtlarını kontrol etmeyi deneyecek.
- Ekstübe (tüpsüz) durumda kalabilecek ya da bir sonraki MV'dan ayrılma denemesine yönelik olumlu bir tutum gösterecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyi ventilatörden ayırmadan önce bunu engelleyebilecek etmenler (enerji, oksijen gereksinimi, aktivite durumu, olumsuz ortam koşulları vb.) değerlendirilir.
- Bireyi ventilatörden ayırmadan önce yaşam bulguları, kan gazı değerleri, MV'da hangi solunum moduna bağlı olduğu, akciğer sesleri, oksijen saturasyonu değerlendirilir.
- Bireye ayrılma ve ne yapması gerektiği konusunda açıklama yapılır.
- Bireyin ağrısı değerlendirilir ve varsa kontrol altına alınır.
- Birey sedatize ise önce yavaş yavaş sedasyonları kapatılır ve uyanıklık durumu değerlendirilir.
- Trakeal sekresyonları etkili bir şekilde temizlenir.
- Bireye psikolojik açıdan destek verilerek yalnız olmayacağı ve sürekli kontrol altında olacağı belirtilir. Ekstübe olduktan sonra solunum aktivitesini nasıl etkin bir şekilde sürdüreceği anlatılır.
- Birey MV'dan adım adım ayrılır. Önce weaning (ventilatörden ayırma) yöntemleri uygulanır sonra ekstübe edilir.
- Birey MV'dan ayrıldığı ilk dakikalarda çok iyi gözlemlenir. Yaşam bulguları ve genel görüntüsündeki anormal değişimlerde hekime derhal haber verilerek girişim için hazırlıklı olunur (Biol 2007; Demirkıran 2007; Erdemir 2005).

4. Beslenme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az Beslenme

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin metabolik gereksinimine uygun günlük kalori miktarını alamaması ve bunun sonucu olarak kilo kaybetmesidir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin kilo kaybı olmaksızın ya da kilo kaybı ile birlikte önerilen günlük kalori miktarını alamayarak yetersiz beslenmesi, beden ağırlığının normale göre %10-20'sinden az olması, kas güçsüzlüğü ve yumuşaklığı, mental irritabilite, konfüzyon, serum albumin düzeyinde azalmadır. **İlişkili Etmenler:** Serebrovasküler olay (SVO), amyotrofik lateral sklerozis (ALS) ve nöromusküler bazı hastalıkların neden olduğu yutma güçlüğü, besinlerin emilimini azaltan bazı hastalıklar (crohn, kistik fibrozis vb.), bilinç düzeyinde değişmeye bağlı olarak yeme isteğinde azalma, iştahsızlık, bulantı, kusma, depresyon, YBÜ'nin olumsuz fiziksel koşulları (kötü kokular, hasta atıkları vb.), bazı cerrahi girişimler (barsak, mide operasyonları vb.), entübasyon/trakeostomi tüpüne bağlı yutmada bozulmalardır (Çoker 2006).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Günlük metabolik gereksinimine, hastalık durumuna ve aktivite düzeyine uyumlu kalori miktarını içeren besinler alacak.
- Alması gereken miktarı engelleyen etmenler düzeltilecek/ortadan kaldırılacak (Bırol 2007; Erdemir 2005).

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin günlük kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hastalık durumuna özgün olarak hesaplanır.
- Ağızdan beslenmesinde bir sakınca olmayan bireylerde tüm öğünlerini eksiksiz yemesine dikkat edilir. Sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda desteklenir. Öğünlerin iştah açıcı bir şekilde sunulmasına özen gösterilir. Yemek sırasında

olumsuz çevre koşulları ortadan kaldırılır. Eğer birey ağızdan beslenmeye yeni başladıysa önce sıvı ve yumuşak gıdalar daha sonra katı gıdalar almasına dikkat edilir.

- Entübe olan ve MV desteği alan bireyin orogastrik/nazogastrik/gastrostomi tüpleri ile beslenmesinde şunlara dikkat edilir: Bireyin barsak sesleri düzenli olarak dinlenir. Bireyin yaşına ve hastalık durumuna uygun enteral beslenme ürünleri beslenme pompaları yardımı ile önerilen miktar doğrultusunda verilir. Besleme sırasında ve beslenmeden sonra en az 30 dakika bireyin başı yatak içinde dik konuma (en az 30-45 derece) getirilir ya da birey oturtulur. Beslenmeden önce enteral tüpün yeri kontrol edilir. Enteral beslenme tüplerinin tespitinin deri bütünlüğünü bozmayacak şekilde olmasına dikkat edilir.
- Enteral yoldan beslenemeyen YBÜ'deki bireylerde parenteral beslenme yöntemi (santral/periferik kateter ile) uygulanır. Bu yöntemde saatlik verilmesi gereken parenteral beslenme ürünü bireyin günlük kalori gereksinimi hesaplanarak infüzyon pompası yardımı ile verilir. Bu yöntemde ürün küçük dozlardan başlanarak (20ml/h) dozu arttırılır. Bu sırada bireyin kan şekeri düzeyi düzenli olarak kontrol edilir. Parenteral beslenmenin gerçekleştirildiği santral/periferik kateterin bakımı aseptik tekniğe uygun şekilde yapılır. Aynı zamanda bireyin kan glukoz düzeyi belirli aralıklarla kontrol edilir.
- Bireyin günlük kalori gereksiniminin ne kadarını alabildiği yeniden gözden geçirilir. Ek beslenme destek ürünleri (vitaminler, aminoasitler vb.) hekim istemi ile ilave edilir.
- Bireyin saatlik aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılır (Çoker 2006; Potter ve Perry 2005; Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Görgülü 2001).

Sıvı Volüm Eksikliği

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin beden gereksiniminden az sıvı alması ya da bedeninin sıvı kaybetmesidir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Entübasyon tüpünün varlığı nedeniyle oral olarak yeteri miktarda sıvı alamamak, aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarında dengesizlik, deri ve mukoz membranlarda kuruluk, serum sodyum düzeyinde artma, idrar miktarında azalma ya da aşırı artma, santral venöz basınçta (CVP) azalma, deri

turgorunda azalma, susuzluk hissi, kusma, hipotansiyondur. **İlişkili Etmenler:** Hipertermi, metabolik hızda artma, enfeksiyon (septik şok), cerrahi girişim yerinden aşırı drenaj/kanama, bulantı, kusma, enteral beslenmede yoğunluğu fazla ürünlerin verilmesi, diüretiklerin aşırı kullanılmasıdır (Biol 2007; Erdemir 2005; Ulusoy ve Polat 2003).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Sıvı eksikliğine neden olan ilişkili etmenleri tanımlanacak ve buna göre sıvı alımı arttırılacak.
- Yaşam bulguları sıvı eksikliğinin giderildiğini gösterecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin yapılan saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibindeki anormal değerlere, susuzluk hissine dikkat edilecek.
- Yaşam bulgularındaki değişimler değerlendirilecek. Belirli aralıklarla CVP ölçümleri yapılarak sonuca göre bakım ve tedavi planlanacak.
- Bireyin deri turgoru değerlendirilecek, var olan kateter ya da dren yerlerinden gelen sıvı/kan miktarları ölçülecek.
- Bireyin günlük gereksinim duyduğu sıvı miktarı 24 saatte çıkardığı idrar miktarına göre hesaplanarak infüzyon sıvılarını alması sağlanacak (Biol 2007; Erdemir 2005; Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Polat 2003).

5. Boşaltım aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Üriner Boşaltımda Bozulma

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin, üriner boşaltımında işlevsel bozulma olmasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bilinci açık/kapalı olan YBÜ'deki bireyin idrarını tutamaması, sürekli infüzyon sıvı tedavisi nedeni ile sık idrara çıkma, mesane distansiyonu, inkontinans, rezidüel idrar volümünün fazla olmasıdır. **İlişkili Etmenler:**

Doğumsal idrar yolları anomalileri, idrar yolları enfeksiyonu, ürosepsis, kord travması/tümör/enfeksiyon, beyin travması/tümörü/enfeksiyonu, serebrovasküler olay, YBÜ’de tanısal amaçla kullanılan ve mesana kaslarının tonüsünün azalmasına neden olan ilaçlar, immünoşpresif ilaçlar, diüretikler, sedatifler, kas gevşeticiler, cerrahi operasyonlar, konfüzyon, deliryum gibi durumlarda bireyin boşaltım gereksinimini iletememesine bağlı olarak idrarını kaçırmaması, YBÜ’deki ortamın boşaltım gereksinimini gidermeye uygun olmaması, bu ünite de tuvaletin olmaması, YBÜ’de yapılan monitörizasyon, hareket etmede yetersizliktir (Akpolat 2003; Carpenito 1999).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Mesane kontrolünü sağlayabilmesine yardım edilecek.
- İnkontinansının nedenleri araştırılacak ve bu nedenler ortadan kaldırılacak.
- Üriner boşaltımını gerçekleştirebilmesine destek olunacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Sorun tespit edilir, soruna neden olabilecek etmenler araştırılır.
- Bilinci açık olan bireyde; üriner boşaltımını gerçekleştirebilmesi için YBÜ’de uygun ortam sağlanır. Diğer bireylerin görmeyeceği şekilde paravan, stor perde gibi araçlar kullanılarak bireyin mahremiyetine özen gösterilir. Bireyin sürgü, ördek gibi malzemeleri kullanabilmesine yardımcı olunur. Eğer mümkünse birey komoda oturtulur ya da sandalyede mobilize edilerek tuvalete götürülmesi sağlanır. Bireyin üriner gereksinimini ifade edebilmesine fırsat verilir.
- Bilinci kapalı olan bireyde; mesane distansiyonu olup olmadığı kontrol edilir. Üretral kateterin cerrahi aseptik tekniğe uygun olarak takılması sağlanarak saatlik idrar miktarı takibi yapılır. İdrar miktarında azalma ya da aşırı artma durumlarında hekime haber verilir.
- Yoğun bakım ünitesindeki tüm bireylerde saatlik aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır.
- Üretral kateterin bakımı ve perine bakımı uygun solüsyonlarla günde en az bir kez yapılır (Akpolat 2003; Potter ve Perry 2005)

Barsak İnkontinansı

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin normal barsak alışkanlıklarında değişme olması ve istemsiz olarak dışkılamasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin istemsiz olarak dışkılaması, bu durumun farkında olmamasıdır. **İlişkili Etmenler:** Rektal sfinkterin yetersizliği, spinal kord travması, ilerleyen nöromusküler bozukluk, serebrovasküler olay, spinal kord basısı, enflamatuvar barsak hastalığı, kolostomi varlığı, YBÜ’de tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar, bilişsel yetersizliktir (Potter ve Perry 2005)

Hemşirelik Bakımının Sonuçları

Bireyin;

- Normal barsak boşaltımını gerçekleştirebilmesi sağlanacak.
- Barsak inkontinansına bağlı gelişebilecek sorunlar engellenecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin dışkılama sayısı, dışkılamanın niteliği araştırılır.
- Bilinci açık olan bireyin mahremiyetine özen gösterilir, YBÜ’de barsak boşaltımına yardım olunarak uygun ortam düzenlenir. Bireyin inkontinans nedeni ile utanç duymaması sağlanır, bu konudaki duygularını açıklamasına fırsat verilir.
- Bilinci kapalı bireye alt bezi bağlanır, yatağına koruyucu örtüler yerleştirilir. Bireyin cilt ve deri bütünlüğü sağlanarak vücut bakımı yapılır. Yatak çarşafının temiz ve kuru tutulması sağlanır.
- Rektal bölgesinde cerrahi müdahale ya da yarası olan, hareket ettirilmesi sakıncalı olan bireyde; eğer mümkünse kapalı barsak boşaltım kateteri uygulanabilir (Keshava ve ark. 2007; Potter ve Perry 2005).

Barsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon (Kabızlık)

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin kalın barsaklarındaki staz nedeniyle sert ve kuru dışkılaması ve dışkılama sıklığında azalma olmasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Dışkılamanın haftada üç kezden daha az olması, uzun sürede ve güç

dışkılama, barsak seslerinde azalma, rektumda basınç hissi, karında ağrı, batın içi basıncın artmasına bağlı dispne, fekal tıkaç palpasyonudur. **İlişkili Etmenler:** Hipoksiye bağlı olarak barsak peristaltizminde azalma, bazı nörolojik hastalıklar (multiple sklerozis, parkinson vb.), anestezi ve cerrahi girişimler, YBÜ’de uzun süren hareketsizlik durumu, stres, YBÜ’de olumsuz çevre koşulları (tuvaletin olmaması, hasta yataklarının birbirine çok yakın olması vb.), mahremiyet yetersizliği, beslenmede posalı besinlerin yetersiz olması, sıvı alımı eksikliği, antikonvülsif, antidepresan ilaçlar ve sedasyonların kullanımı, bilinç düzeyinde bozulmadır (Erdemir 2005; Korfalı 2008).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Barsak seslerinde hareketlilik olduğu gözlenecek.
- Dışkılama sıklığında artış gözlenecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin barsak sesleri her gün dinlenerek değerlendirme yapılır.
- Eğer herhangi bir sıvı kısıtlaması yoksa sıvı alımı arttırılır. Beslenmeye ek olarak sıvı (su) desteği sağlanır.
- Posalı besinlerle beslenmesine özen gösterilir. Yatağa bağımlı olan YBÜ’deki bireye yatak içinde pasif egzersizler yaptırılır. Düzenli olarak belirli aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanır.
- Hekim istemi ile önerilen laksatif ilaçlar uygulanır. İlaç uygulamasından sonra dışkılama durumu değerlendirilir (Biol 2007; Erdemir 2005).

6. Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin epidermal ve/veya dermal dokusunda

hasar görme riskinin olmasıdır. **Risk Etmenleri:** Bireyin YBÜ'de sedasyona bağlı olarak uzun süre hareketsiz kalması, aşırı zayıflık, YBÜ'de kullanılan havalı yataklar, ayak düşmesini önleyici tahtaları, tespit malzemeleri, pansuman malzemeleri (flaster, bandaj vb.), entübasyon tüpleri, nazogastrik tüpler gibi araçların mekanik irritasyonu, ortopedik ateller, alçılar gibi tedavi amaçlı kullanılan araçlar, yetersiz beslenme, bireyin yatak içinde aşırı hareketli olması, ajitasyon, bilinç düzeyinde bozulmadır (Carpenito 1999; Potter ve Perry 2005).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Deri bütünlüğünü bozabilecek risk etmenleri tanımlanacak.
- Risk etmenleri ortadan kaldırılacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin deri bütünlüğü gözlenerek değişikliklerin nedeni araştırılır.
- Entübasyon/trakeostomi tüplerini tespit malzemelerinin deri bütünlüğünü bozmasına dikkat edilir. Her tespit değişiminde basınç altında kalan cildin görünümü değerlendirilir. Nazogastrik tüp tespiti burun ucunda basınç yarısı oluşturmayacak şekilde tespit edilir.
- Bireye belirli aralıklarla rutin olarak pozisyon verilir. Kemik çıkıntılarına masaj yapılır. Basınç altında kalan bölgelerde koruyucu önlemler (destek malzemeleri, koruyucu pomadlar vb.) alınır.
- Bireyin cilt temizliğine ve cildin nemlendirilmesine özen gösterilir. Yatak çarşaflarının düzgün ve temiz olması sağlanır.
- Atel, alçı gibi ortopedik tedavi araçlarının deri bütünlüğünü bozmasını engelleyici önlemler alınır. Pansuman malzemeleri bireyin cilt durumuna uygun şekilde seçilir. Pansumanların temiz ve kuru tutulması, kirlendiğinde derhal değiştirilmesi sağlanır (Birol 2007; Erdemir 2005; Kaya 2004).

Oral Mukoz Membranda Değişim Riski

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin oral kavitesinde değişim/hasar oluşma riskinin olmasıdır. **Risk Etmenleri:** Bireyde entübasyon/nazogastrik tüp bulunması, trakeal sekresyonlarda artış, bulantı, kusma, kötü ağız bakımı, sıvı alımında yetersizlik, ağızdan solunum yapma, maske ile oksijen verilmesi, yutma güçlüğü, kafa travmalarıdır. (Çelik 2006; Kaya 2004).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Oral mukozasında değişimlere yol açabilecek risk etmenleri tanımlanacak.
- Risk etmenleri ortadan kaldırılacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Entübasyon tüp tespitinin bakımı rutin olarak yapılır. Bakım sırasında tespitin basınç uyguladığı yerlere masaj uygulanır. Dudak çevresi nemlendirilir.
- Entübe olan bireylerde ağız bakımı 4-8 saatte bir, solunum yolu enfeksiyonlarını azaltan solüsyonlar (%0.12'lik klorheksidin glukonat, povidon iyot gibi) ya da serum fizyolojik solüsyonu ile yapılır. Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve altı, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlenir. Ağız bakımı sırasında bireyin ekstübe olmamasına dikkat edilir.
- Ekstübe olan ve bilinci açık bireylerin dişlerini fırçalamalarına yardım edilir. Gargara solüsyonlarla ağız içini çalkalamaları sağlanır (Çelik 2006; Erdemir 2005; Kaya 2004).

7. Beden ısısının sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Beden Isısının Düzenlenmesinde Yetersizlik: Hipertermi

Tanım: Amerika Yoğun Bakım ve İnfeksiyon Hastalıkları Dernekleri (SCCM/IDSA)'nin raporuna göre; YBÜ'de yatan bireylerde yeni ortaya çıkan 38.3 °C ve

üzerindeki beden ısısı hipertermi olarak kabul edilmektedir (Kahveci 2008). **Tanımlayıcı Özellikleri:** Beden ısısının 38.3 °C ve üzerinde olması, deride kızarıklık, titreme, solunum hızı ve derinliğinde artış, terleme, yorgunluk, halsizliktir. **İlişkili Etmenler:** Enfeksiyon (MV ile ilişkili pnömoni, intravenöz kateter ilişkili sepsis, ürosepsis, infektif endokardit gibi), planlı/plansız cerrahi girişimler, invaziv girişimler (arteryal/santral venöz kateter, entübasyon/trakeostomi tüpü, hemodiyaliz uygulaması gibi), kronik hastalık süreci, YBÜ’de yatışın uzamasıdır (Kahveci 2008).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyde;

- Hipertermiye neden olan etmenler belirlenecek.
- Hipertermiye neden olan etmenler azaltılacak.
- Normal beden ısısını sürdürmesi sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin üzerindeki fazla giysiler ve yatak örtüleri çıkartılır. Bireye ılık su ile vücut banyosu verilir. Soğutucu battaniyeler örtülür. Soğuk/buzlu su torbaları vücut yüzeylerine (baş, boyun, aksilla, femoral bölge gibi) yerleştirilir. Soğuk solüsyonlarla mesane ya da gastrik irrigasyon yapılır. Her uygulama sonrası beden ısısı ölçülerek kayıt edilir.
- Bireyin yaşam bulguları değerlendirilerek kayıt edilir.
- Hekim istemi ile antipiretik ilaçlar verilir (Birol 2007; Erdemir 2005; Kahveci 2008; Potter ve Perry 2005).

Beden Isısının Düzenlenmesinde Yetersizlik: Hipotermi

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyde merkezi beden ısısının 35 °C’nin altına düşmesidir. Hafif hipotermi 32-35 °C, orta hipotermi 28-32 °C ve derin hipotermi 22 °C’nin altı değerler olarak kabul edilmektedir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Beden ısısının 35 °C’nin altına düşmesi, soğuk deri, orta şiddette solukluk, hafif titreme, mental konfüzyon, uyuşukluk, huzursuzluk, nabız ve solunumda azalma, asidozdur. **İlişkili**

Etmenler: Yaşlılık, YBÜ'deki soğuk ortama maruz kalma, uzun süren cerrahi operasyonlar, ilaçlar (barbitüratlar, parolitik ilaçlar vb.), alkol tüketimi, hipoglisemi, santral sinir sistemi hastalıkları, ağır renal, hepatik, kardiyak yetmezlik, sepsis vb. dir. (Erdemir 2005; Kahveci 2008).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyde;

- Hipotermiye neden olabilecek etmenler tanımlanacak.
- Hipotermiye neden olan etmenler azaltılacak.
- Beden ısısının normal sınırlarda sürdürülmesi sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Cerrahi operasyondan sonra YBÜ'ne gelen birey derhal sıcak hava üfleyen ısıtıcı battaniye ile ısıtılır. Bireyin üzerine beden ısısını arttırmaya yönelik yünlü battaniyeler de örtülebilir. Eğer mümkünse YBÜ'nin ortam ısısı artırılır.
- Bireye soğuk su ile vücut banyosu verilmekten kaçınılır. Bireyin tüm vücut organlarının, el ve ayaklarının iyice örtülmesine dikkat edilir. Eğer mümkünse bireyin ayaklarına çorap giydirilebilir.
- Bireye verilecek kan ve ürünlerinin ısıtılması sağlanır.
- Bilinci açık ve üşüyen bireylere monitörizasyonlarını engellemeyecek türden giysiler (önden düğmeli kolay açılabilen üst pijamalar, gecelikler, ayaklar için çoraplar gibi) giydirilerek beden ısılarını korumayı sağlayıcı girişimler uygulanır.
- Eğer YBÜ'de bireye hemofiltrasyon uygulanıyorsa ısı kaybını önlemek amacıyla filtrasyon filtresi alüminyum folyoya sarılabilir (Erdemir 2005; Kahveci 2008; Potter ve Perry 2005).

8. Hareket aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Fiziksel Harekette Bozulma

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin tamamen ya da kısmen hareket etmede sınırlılığının bulunmasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin, hareket etme (YBÜ'den başka bir üniteye transfer, yatak içinde ya da sandalyede mobilizasyon gibi) yeteneğinde sınırlılıklarının olması, hareket etmeye gönülsüz davranmasıdır. **İlişkili Etmenler:** Bireyin otoimmün, sinir sistemi hastalıkları, kısmi ya da total paralizisi, fraktürler, tedavi ile ilişkili eksternal araçların (atel, alçı, tespit, girişimsel damar yolları, hemodiyaliz/hemofiltrasyon vb.) varlığı, bireyde yorgunluk, oryantasyon bozukluğu, bilinç durumunda bozulma vb. dir (Potter ve Perry 2005; Roper ve ark. 1996).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyde;

- Hareketsizlik durumuna neden olan etmenler tanılanacak.
- Hareketsizlik nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlar önlenecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bilinci kapalı olan bireylerde; eğer herhangi bir sakınca yoksa bireyin düzenli olarak (30 dk-2 saat aralıklarla) pozisyonu değiştirilir. Pozisyon değişimi sırasında basınç altında kalan derinin rengi, sıcaklığı değerlendirilir. Kemik çıkıntıları yumuşak köpük yastıklarla desteklenir. Ayak düşmesini engellemek için ayaklar yastık ya da tabanlıklarla desteklenir. Sakıncası yoksa bireyin başı 30 derece olacak şekilde ve üst ekstremiteleri yükseltilir.
- Yatak içinde pasif egzersizler yaptırılır.
- Bireyin bilinci açık ise ve herhangi bir sakıncası yoksa hareket etmesi için cesaretlendirilir. Yatak içinde düzenli olarak hareket etmenin, pozisyonun ve

mobilizasyonun önemi açıklanır. Sakıncası yoksa, YBÜ’de sandalyede mobilize edilir, ayağa kaldırılır ve desteksiz yürüyebilmesi için egzersizler yaptırılır.

- Bireye tedavi amacı ile uygulanan traksiyon/alçı/atel gibi araçların temas ettiği cilt yüzeyi gözlemlenir, bu araçların bireyin hareket yeteneğini bozma durumu değerlendirilir. Oluşabilecek sorunlar belirlenir ve bu sorunların oluşmaması için önlemler alınır. Örneğin; tedavi amacı ile kullanılan bu araçların, bulunduğu bölgedeki derinin bütünlüğünü bozmasına engel olacak önlemler alınır.
- Bireyde tamamen/kısmi hareket kısıtlaması varsa ya da bireyin bilinci kapalı ise bireye antiembolik çorap giydirilir ya da pnömotik kaf sistemi takılır. Ancak bu kafın altında kalan deri düzenli olarak gözlemlenir. Belli aralıklarla bu araçların çıkartılarak alt ekstremitelerin dinlendirilmesi sağlanır, cildin durumu düzenli olarak kontrol edilir.
- Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek kas güçsüzlüğü, atrofi gibi komplikasyonların önlemeye yönelik girişimler planlanır.
- Bireye eklem açıklığı hareketleri yaptırılır.
- Bilinci açık olan bireyin bakıma katılımı sağlanır. Böylece bireyin hareketlenmesi için motivasyon sağlanır (Erdemir 2005; Potter ve Perry 2005).

9. Çalışma ve eğlence aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Boş Zamanlarını Geçirme/Eğlence Aktivitesinde Yetersizlik

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin boş zamanlarını geçirme aktivitesinden sağlanan uyarılardan yoksun kalması durumudur. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyde hareketsizlikten/bağımlılıktan dolayı depresyon belirtilerinin gözlenmesi, bireyin huzursuz ve ilgisiz olması, bilinç düzeyinde değişimlerdir. **İlişkili Etmenler:** Uzun süre YBÜ’de kalma, hareketsizlik, bağımlılık, enfeksiyon nedeni ile izolasyon uygulanması, duyuşsal algılamada azalma, stres, korku, anksiyete, konfüzyon, YBÜ’de ziyaretlerin kısıtlı tutulması vb. dir (Akın ve Arıboğan 2006; Carpenito 1999; Erdemir 2005).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Hoşlandığı eğlence aktiviteleri araştırılacak.
- Yakınları ile daha fazla zaman geçirmesi sağlanacak.
- Hoşlandığı eğlence aktivitelerini gerçekleştirmesine yardım edilecek.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin eğlence aktiviteleri hakkındaki düşünceleri ve alışkanlıkları sorgulanır. Bu konuda yakınlarından da yardım alınır.
- Entübe/trakeostomize bireylerin düşüncelerini ifade edebilmeleri için yardımcı araçlar (kalem, kağıt, alfabe şablonu vb.) kullanılır.
- Ziyaret saatlerinde bireyin yakınları ile daha fazla zaman geçirmesine izin verilir. Eğer mümkünse birey sandalyede mobilize edilerek hemşire/hekim kontrolünde YBÜ'den dışarı çıkartılması sağlanır. Bu arada yakınlarına da haber verilerek YBÜ'nin dışında görüşmelerine izin verilir.
- Bakım ve tedavi uygulamalarında bireyin katılımı sağlanır.
- Bireyin sevdiği eğlence aktivitelerini (kitap/gazete okumak, müzik dinlemek vb.) gerçekleştirmesine fırsat verilir.
- Bireyin yatak başına/odasına sevdiği yakınlarının fotoğrafını koymasına izin verilir. Bu konuda aile bireylerinden destek alınır (Erdemir 2005; Potter ve Perry 2005).

10. Cinselliği ifade etme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Benlik Kavramında Bozulma: Beden İmajında Bozulma

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin entübasyon/trakeostomi tüpü, gastrostomi, kolostomi vb. girişimsel uygulamalar nedeniyle fiziksel olarak kendi bedenini algılayış biçiminde bozulma olmasıdır. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin var

olan yapısal ya da işlevsel değişime sözel ve sözel olmayan şekilde olumsuz yanıtlar (utanma, suçluluk, iğrenme vb.) vermesi, bedeninin o kısmına bakmama/dokunmama, o kısmını saklama, beden ile ilişkili olumsuz duygular (çaresizlik, ümitsizlik, güçsüzlük, kırılabilirlik vb.) yaşaması, gerçek değişimi doğrulamayı reddetme, öz-yıkım davranışları (kendini sakatlama, intihar girişimleri, aşırı yeme, az yeme gibi) vb. dir. ***İlişkili Etmenler:*** Kronik hastalık durumu, bedenin bir bölümünde kayıplar olması, beden işlevlerinde bozulma, ciddi travma, geçirilen büyük cerrahi girişimler, uzun süre YBÜ’de yatma, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları, obesite, gebelik gibi durumlardır (Hupcey 2001; Potter ve Perry 2005).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Birey;

- Yeni baş etme örüntülerini uygulayacak ve görünümünü kabul ettiğini gösterecek. Bunu sözel olarak ifade edecek.
- Sağlıklı uyum ve baş etme becerilerini gösterecek.
- Öz bakımını/rol sorumluluklarını yerine getirmeye başlayacak ve bunu sürdürmede isteklilik gösterecek.
- Var olan destek sistemleri ile yeniden temas kuracak ya da yeni temaslar başlatacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilir.
- Bireyin var olan hastalık durumu, bakım-tedavi yöntemleri, iyileşme süreci hakkındaki endişelerini ifade etmesine yardım edilir.
- Bireyin YBÜ’de kaldığı sürece yapılan tüm bakım-tedavi uygulamalarında mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir.
- Birey için aşırı koruyucu olmaktan ve öğüt vermekten kaçınılır.
- Bireyin yakınları ile işbirliği yapılarak onlardan destek alınır.

- Bireyin YBÜ’de kaldığı sürece sevdikleri ile daha fazla zaman geçirebilmesine yardımcı olunur.
- Bireyin baş etme yöntemleri gözden geçirilerek bu yöntemleri uygulamasına fırsat verilir.
- Cerrahi bir girişim sonrası (amputasyon, mastektomi, açık batın operasyonu gibi) beden parçalarının ya da beden işlevlerinin kayıplarında bireye, bakım gereksinimlerinin karşılanmasında destek olunur ve bireyin katılımı da sağlanır.
- Bireyin YBÜ’de mobilize edilmesi (tekerlekli sandalyede oturtulması, ayağa kaldırılarak yürütülmesi gibi) sağlanır (Birol 2007; Erdemir 2005).

11. Uyku ve dinlenme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı, hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri:

Uyku Örüntüsünde Bozulma

Tanım: Yoğun bakım ünitesindeki bireyin uyku zamanının bozulması nedeniyle rahatsızlık hissetmesidir. **Tanımlayıcı Özellikleri:** Bireyin uyumada güçlük çektiğini sözel olarak ifade etmesi, uyuma zamanında değişiklik olması, uykunun sürekli bölünmesi, sık sık esneme, yorgunluk, halsizlik, gözlerinin altında koyu halkalar oluşması, göz kapaklarının düşmesi, nabızda değişiklikler, konsantre olamama, irritabilite, yer ve zamana oryante olamama, aşırı huzursuzluk, görme ve işitme halüsinasyonları, deliryum, gündüzleri uyuklamadır. **İlişkili Etmenler:** Anksiyete, çevre değiştirme stresi, ağrı, uzamış yatak istirahati, fizyolojik gereksinimler (açlık, boşaltım gereksinimi, hipotermi/hipotermi vb.), YBÜ’nde sürekli gürültü, aşırı ışık, ortam ısısının düşük ya da yüksek olması, hastalık durumu ve etkileri, solunum sıkıntısı, trakeal sekresyonda artış, sıklıkla yapılan bakım ve tedavi girişimleri nedeni ile uykunun bölünmesi, uzun süre kullanılan sedasyonların yan etkileri vb. dir (Birol 2007; Erdemir 2005; Erol ve Enç 2009).

Hemşirelik Bakımının Sonuçları:

Bireyin;

- Toplam uyku süresinin normal uyuması gereken süreye yakın olması sağlanacak.
- Halüsinasyon, ilüzyon, deliryum, huzursuzluk belirtilerinde azalma olduğu gözlenecek.
- Yaşam aktivitelerini sürdürmesi için yeterli enerjiye sahip olduğu anlaşılacak.

Hemşirelik Girişimleri:

- Uyku düzenini etkileyen bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin risk etmenleri tanılanır.
- Bireyin normal uyku düzeni ve alışkanlıkları incelenir. Geçmişte yaşadığı uyku düzensizlikleri, uykuyu etkileyen kronik hastalık durumları olup olmadığı, sedatif/hipnotik ilaç kullanımını açısından değerlendirilir.
- Bireyin gece uyandırılmasını gerektirecek işlemler belirlenir ve hemşirelik bakımı uykuyu kesintiye uğratmayacak şekilde planlanır. Fizyolojik parametrelerin mümkün olduğu kadar bireyi uyandırmayacak şekilde ölçülmesine özen gösterilir.
- Ünitadaki sağlık ekibi üyelerinin alçak sesle konuşmaları ve gürültüsüz çalışmaları, kullanılan araç-gereçlerin çıkardığı seslerin mümkün olduğu kadar en düşük düzeyde tutulmasına dikkat edilerek çevredeki gereksiz gürültünün azaltılması sağlanır.
- Bireyin yatak başındaki fazla ışıkları gece belli bir saatten sonra söndürülür.
- Ortamın ısısı kontrol altına alınır, bireyin beden ısısısının korunması sağlanır. Bunun için bireyin üzeri ek battaniye ya da ısıtıcılarla örtülür. Eğer mümkünse pijama ya da gecelik giymesi sağlanır.
- Bireyin korku ve endişelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Bireyin rahatlaması ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak uyumasını kolaylaştırıcı uygun pozisyon verilir. Ağrı ya da stresli durumlar varsa giderilmeye çalışılır.

- Bireyin yataktan düşmesini önleyici güvenlik önlemleri alınır.
- Gece uyumasını ve yeterli uykuyu alabilmesi için psikiyatri-liyezon işbirliği ile bireye özel önerilen tedavi planı uygulanır (Erol ve Enç 2009).

2.3.5.3. UYGULAMA

Bu aşama, bakım planında belirlenen hedeflere ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulamaya konmasıdır. Bu aşamada bireyin YBÜ'ne uyumunu ve etkileşimini arttırmak amacıyla planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimlerinin temel hedefi bireyin YBÜ'nde kaldığı sürece yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde yardımcı olmaktır. Aynı zamanda bireyin YBÜ'nde yaşadığı olumsuz deneyimlerle mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmesini sağlamaktır (Birol 2007; İsbir ve Mete 2009; Roper ve ark. 1996).

2.3.5.4. DEĞERLENDİRME

Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır. Değerlendirme, yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılarak belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı konusunda bir karara varılması olarak tanımlanmaktadır (Birol 2007; İsbir ve Mete 2009). Bireyin YBÜ'nde yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yaşadığı olumsuz deneyimlerle baş edebilme durumu değerlendirilir. Değerlendirmede planlanan hedeflere ulaşıldıysa sorun giderilmiş demektir. Ancak sorun giderilemediği takdirde hemşirelik bakım süreci yeniden gözden geçirilerek yeni bir bakım planı hazırlanır ya da bakım planında uyarlamalar yapılır (Birol 2007; Roper ve ark. 1996).

2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TABURCULUĞUN PLANLANMASI VE UYGULANMASI

Hasta birey sağlık bakım kuruluşuna kabul edilir edilmez taburculuk planı başlatılır. Taburculuk planı, hasta bireyin bulunduğu kurum/üniteden ayrıldıktan sonra bakımın sürekliliği için planlanan, hasta birey merkezli, iletişim gerektiren interdisipliner bir süreçtir. Hasta bireyin transferi ise “bireyin kendi durumu ile ya da kuruma bağlı nedenlerle başka bir servis, ünite ya da sağlık kurumuna götürülmesini” ifade etmekte ve taburculuğun genel ilkelerini barındırmaktadır (Kaya 2003).

Bireyin YBÜ'den taburculuğuna/transferine karar verme interdisipliner bir yaklaşım gerektirmesine karşın, yasal sorumluluk hekimindir. Bireylerin YBÜ'den taburcu/transfer edilmesi şu nedenlerle olabilmektedir (Kaya 2003):

- Bireyin sağlığı ile ilgili sorunlarının düzeltilmesinden sonra YBÜ'den ayrılmaya hazır olması,
- Yeterli YBÜ yatağının bulunmaması nedeniyle yeni gelen bir hastayı kabul etmek için en iyi durumdaki bireyin servis, vb. bölümlere erken transfer edilmesi,
- Bireyin YBÜ'de yaşadığı olumsuz deneyimlerden fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmesi ve artık YBÜ'den taburcu olmak istemesi.

Bireyin YBÜ'den taburcu/transfer edilmesinde aşağıdaki noktalara dikkat edilir (Kaya 2003):

- Bireyin gideceği üniteye önceden haber verilerek ünitenin düzenlenmesi sağlanır. Bireye gideceği ünite hakkında bilgi verilir.
- Bireyin bağlı bulunduğu monitör ve ekipmanlar sakıncası yoksa önceden kademeli olarak azaltılır. Eğer, bireyin gideceği yer YBÜ'ne çok uzakta bir yerde ve bireyin yaşam bulgularında anomallik söz konusu ise transfer sırasında monitörizasyonu sağlanır.
- Bireyin özel eşyaları (protez diş, gözlük, saat, işitme cihazı vb.) taburcu/transfer edilirken beraberinde gönderilir ve hemşire taburcu/transfer formuna kayıt edilir.
- Bireyin bakım ve tedavisinden sorumlu sağlık ekibinin diğer üyelerine (fizyoterapist, eczacı, diyetisyen vb.) taburculuk/transfer öncesinde haber verilir.
- Bireyin özel bakım gereksinimleri konusunda bireye/ailesine ve diğer üniteye hemşirelere sağlık eğitimi verilir.
- Bireyin transportu/taşınması düzenlenerek yeterli personel ve ekipmanlar sağlanır. Bireye yönelik güvenlik önlemleri alınır.
- Bireyin ismi, yaşı, cinsiyeti vb. kişisel bilgileri ile tıbbi tanısı, taburcu edilene kadar geçen zamanda uygulanan bakım ve tedavi yöntemleri, var olan sorunlarına yönelik hemşirelik tanısı ve uygulanması gereken girişimlerin de belirtildiği

transfer formu doldurulur. Birey ile birlikte transfer formu diğer üitedeki hemşireye teslim edilir.

Sonuç olarak; YBÜ'deki bireylerin deneyimleri, üitede verilen hemşirelik bakımının kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak görülmektedir. Yoğun bakım ünitesinde bakımın amacı; sadece yaşamı kurtarmak değil, aynı zamanda hastalık seyrinde bireylere destek vermektir. Yoğun bakım, hem YBÜ'de hem de YBÜ'den taburcu olduktan sonra da bireylerin psikolojik açıdan esenlik içinde olmalarını ifade etmektedir. Yapılan birçok çalışmada YBÜ'de yatan bireylerin olumlu ve olumsuz deneyimler yaşadıkları belirtilmektedir. Olumlu deneyimler, özellikle hemşireler tarafından sağlanan güvenlik ve konfor gibi duyguları içermektedir. Olumsuz deneyimler ise bilişsel fonksiyonlarda yetersizlik, anksiyete, ağrı ve uykusuzluk gibi rahatsızlıkları kapsamaktadır (Hofhuis ve ark. 2008).

Anlaşıldığı gibi YBÜ'de bireyin olumlu deneyimler yaşaması, hemşire-hasta birey arasındaki iyi bir iletişim ve etkileşim sürecine bağlıdır. Bireylerin YBÜ'de biyofizyolojik, duygusal ve sosyal dengelerinin sağlanmasında kaliteli, planlı, anlamlı ve sezgisel bir hemşirelik bakımı, çok önemli bir yere sahip bulunmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma, reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini saptamak amacıyla kesitsel türde planlandı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin bireysel özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni ve eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, gelir durumu), hastalık ve yoğun bakım ile ilgili özellikleri (yoğun bakıma yatış şekli, yoğun bakımda kaldığı oda tipi, MV'a bağlanma durumu, MV'a bağlanma şekli, MV'da kalma süresi, MV deneyiminin farkında olma/hatırlama durumu, yoğun bakımda kalma süresi, yoğun bakımda kaldığı süre içinde ölen başka bir hastayı görme durumu, taburcu olduğu/transfer edildiği yer, daha önce yoğun bakımda kalma durumu, yoğun bakıma kabul sırasındaki APACHE II puanı, yoğun bakımdan taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanı) nelerdir?
- Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri nelerdir?
- Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin bireysel, hastalık ve yoğun bakım ünitesi ile ilgili özellikleri yoğun bakım deneyimlerini etkiledi mi?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evreni, bir üniversite hastanesindeki reanimasyon ünitesine kabul edilen ve daha sonra bakım ve tedavileri yapılarak taburcu/transfer edilen bireylerden meydana geldi. Evrendeki birey sayısı bu ünitenin 2008 yılı verileri dikkate alınarak saptandı. Buna göre 2008 yılında, söz konusu üniteye toplam 1074 hasta birey kabulünün yapıldığı, bu bireylerin 882'sinin taburcu ve transfer edildiği belirlendi.

Örneklem hesabı; bu 882 birey evren kabul edilerek, Demir ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışma verilerinden yararlanılarak yapıldı. Demir ve ark. (2009), bu çalışmada kullanılacak Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğinin standart sapmasının 13.93

olduğunu belirtmektedir. Örneklem hesabına göre; 0.95 güvenle, gerçek ortalamanın en fazla 0.02 puanlık bir hata ile yansıtılması durumunda, araştırmanın 97 kişilik bir örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmesi gerektiği saptandı. Bireylerden toplanan veri formlarında eksiklerin olabileceği düşünülerek, 23 yedekle birlikte 120 bireyin, araştırma kapsamına alınmasına karar verildi. Araştırma verileri, 26 Mart-18 Eylül 2009 tarihleri arasında toplandı.

Örneklemin amaçlı örneklem yöntemi ile seçilmesine ve literatür incelenerek (Demir ve ark 2009; Fredriksen ve Ringsberg 2007; Leur ve ark. 2004; Löf ve ark. 2006; Patak ve ark. 2006; Rattray ve ark. 2004) aşağıdaki seçim kriterlerine uyulmasına karar verildi.

Örneklem seçiminde kriterler:

Bireyin;

- 20-65 yaşları arasında bulunması,
- En az 24 saat yoğun bakımda yatmış olması,
- Herhangi bir iletişim sorununun ve duyuşsal kusurunun bulunmaması,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılması gerekmektedir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

- Hasta Birey Bilgi Formu (EK-2),
- Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Skor Formu (APACHE II) (EK-3),
- Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) (EK-4) kullanıldı.

3.4.1.1. Hasta Birey Bilgi Formu (EK-2)

Hasta Birey Bilgi Formu, konu ile ilgili literatür (Carr 2007; Çelik ve ark. 2005; Demir ve ark 2009; Hofhuis ve ark. 2008; Löff ve ark. 2006; Rattray 2004; Wang ve ark. 2008) rehberliğinde hazırlanmış olup iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, iş/meslek, gelir durumu gibi bireysel özellikleri içermektedir. İkinci bölümde; yoğun bakıma kabul edilme şekli, yoğun bakımda kalma süresi, mekanik ventilasyonun uygulanma durumu, süresi ve şekli, daha önceki yoğun bakım deneyimleri gibi hastalık ve yoğun bakıma özgü değişkenler bulunmaktadır.

3.4.1.2. Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Skor Formu (Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation- APACHE II) (EK-3)

Knaus ve arkadaşları tarafından ilk olarak 1981 yılında geliştirilen APACHE skor formu, yoğun bakım ünitelerinde hayatta kalmayı tahmin etmek ve hastalık şiddetini belirlemek amacı ile yaygın olarak kullanılmaktadır. APACHE I revize edilerek ve sadeleştirilerek APACHE II oluşturulmuştur. APACHE II, 12 fizyolojik parametreyi (rektal ısı, ortalama arter basıncı, kalp hızı, solunum hızı, PO₂, arteriel pH, serum sodyumu, serum potasyumu, kan kreatinini, hematokrit ve beyaz küre değerleri, nörolojik puan), yaşı ve diğer sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik maddelerden oluşmaktadır. Bu maddeler değerlendirilerek elde edilen puan, mortalite riskinin belirlenmesini sağlamaktadır. Hasta bireylerin YBÜ'ne kabul edildikten sonra ilk 24 saatteki fizyolojik ölçümlerinin en kötü değerleri alınarak, APACHE II puanı belirlenmektedir. APACHE II'nin puan sınırı 0-71 olup, yüksek puan mortalite riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Knaus ve ark. 1981; Knaus ve ark. 1985). APACHE II'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakır tarafından 2002 yılında yapıldı (Çakır 2002).

Yoğun bakım ünitelerine çeşitli sağlık sorunlarıyla yatırılan bireylerin hayatta kalma şansları, YBÜ'lerinde verilen bakım-tedaviye ve altta yatan hastalıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen tüm bireylerin durumu kritik olarak kabul edilmekte, bakım ve tedavi girişimleri bu doğrultuda planlanmaktadır. Tanılama sürecinde bireylerin bir bütün olarak ele alınıp, baştan ayağa muayene edilerek değerlendirilmesi çok büyük bir önem taşımaktadır. Gözden kaçırılan çok küçük bir ayrıntı bile hasta bireylerin yaşama şansını önemli oranda etkileyebilir. Bu

nedenle YBÜ'lerine özgü çeşitli değerlendirme/skorlama formları geliştirilmiştir. APACHE II de bu formlardan biridir. APACHE II puanı, YBÜ'de yatan bireylere uygulanan bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesini sağlamakta, YBÜ'nde çalışan ekibe rehberlik etmektedir. Öte yandan bireyin sağlık durumu, YBÜ deneyimlerini etkileyen önemli bir etmendir. Bu nedenle yoğun bakım deneyimleri incelenirken bireyin sağlık durumu mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olması ve YBÜ'lerinde yaygın olarak kullanılması nedenleri ile bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde, APACHE II'nin kullanılmasına karar verildi.

3.4.1.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) (EK-4)

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, YBÜ'de kalan hasta bireylerin yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacıyla Rattray ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demir ve ark. (2009) tarafından yapılmış 5 aşamalı likert tipi ölçektir. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin İngilizce formunda yoğun bakım deneyiminin 4 alt ölçeğini içeren toplam 24 soru bulunmaktadır: “Çevrenin Farkında Olma” (9 madde), “Kötümser Deneyimler” (6 madde), “Yoğun Bakım Deneyimlerinin Hatırlanması” (5 madde) ve “Bakımdan Memnuniyet” (4 madde). Ölçeğin Türkçe formunda ise, yoğun bakım deneyiminin 4 alt ölçeğini içeren toplam 19 soru bulunmaktadır: “Çevrenin Farkında Olma” (5 madde), “Kötümser Deneyimler” (6 madde), “Deneyimlerin Hatırlanması” (4 madde) ve “Bakımdan Memnuniyet” (4 madde). Çevrenin farkında olma alt ölçeğinden alınan düşük puan yoğun bakıma yatış sırasında çevrenin farkında olunmadığı, yüksek puan ise çevrenin farkındalığının yüksek olduğu; deneyimlerin hatırlanması alt ölçeğinden alınan düşük puan, yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanmadığı, yüksek puan ise yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlandığı; kötümser deneyimler alt ölçeğinden alınan düşük puan yoğun bakıma yatış sırasında kötümser deneyimlerin yaşanmadığı, yüksek puan ise yoğun bir şekilde yaşandığı; bakımdan memnuniyet alt ölçeğinden alınan düşük puan yoğun bakımda yatış sırasında bakımdan memnun kalınmadığı, yüksek puan ise bakımdan memnun kalındığı şeklinde değerlendirilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta bireylerin yoğun bakım deneyimleri genellikle kalitatif araştırmalar ile incelenmiştir (Löf ve ark 2006; Wang ve ark 2008).

Oysa, bireylerin yoğun bakım deneyimlerinin, objektif ve kantitatif olarak değerlendirilmesinin yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada YBÜ'de yatan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini saptamak için Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin kullanılmasına karar verildi.

3.4.1.3.1. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği:

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Demir ve ark. (2009) tarafından yapıldı. Demir ve ark. ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarının 0.30-0.68 arasında değiştiğini belirtmektedir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonu ve cronbach alfa değerleri Tablo 3.1.'de görülmektedir. Buna göre bu çalışmadaki örneklemden toplanan verilerin madde toplam puan korelasyonları 0.12-0.63 arasında değişmektedir. Literatürde, madde seçiminde kabul edilebilir korelasyon katsayısının 0.20'den büyük olması önerilmektedir (Akgül, 2003; Erefe, 2002). “Yoğun bakımda iken yakınlarımların yokluğunu çok hissettim” ($r=0.13$; $\alpha=0.77$), “Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim” ($r=0.15$; $\alpha=0.49$), “Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum” ($r=0.12$; $\alpha=0.56$) maddelerinin korelasyon değerleri 0.20'nin altındadır. Fakat bu maddelerin cronbach alfa değerleri 0.50'ye oldukça yakın ve 0.50'nin üzerindedir. Ayrıca bu maddelerden elde edilen puanların, yoğun bakım deneyiminin olumlu ya da olumsuzluğunun açıklanmasında katkısı gözönüne alınarak bu maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Sonuç olarak bu çalışma bulguları, literatüre göre incelendiğinde, ölçeğin maddelerinin birbirleri ile tutarlılığının yeterli olduğu, diğer bir deyişle ölçeğin maddelerinin güvenilir olduğu söylenebilir.

Demir ve ark. (2009) YBDÖ'nün iç tutarlılık katsayısını gösteren cronbach alfa değerini 0.79 buldu. Bu çalışmada cronbach alfa değeri alt ölçeklere göre hesaplandı. Buna göre cronbach alfa; çevrenin farkında olma alt ölçeği için 0.69, deneyimlerin hatırlanması alt ölçeği için 0.44, kötümser deneyimler alt ölçeği için 0.67, bakımdan memnuniyet alt ölçeği için 0.51 olarak belirlendi (Tablo 3.1). Yapılan pek çok çalışmada ölçüm araçlarının sahip olması gereken Cronbach alfa katsayısının en az 0.50 olması gerektiği belirtilmektedir (Aslan ve ark. 2005; Koçoğlu ve Akın 2009; Türk ve Çakır 2006). Yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması alt ölçeğinin alfa değeri 0.50'nin altındadır. Fakat bu alt ölçeğin 6. maddesi dışındakilerin madde-toplam puan

korelasyonlarının istenen düzeyde olması nedeni ile, bu alt ölçekten de güvenilir sonuçlar elde edildiği şeklinde yorumlanmıştır. Dolayısıyla elde edilen bu değerler, ölçeğin birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğuna, diğer bir deyişle, maddelerin birbiri ile ilişki gösterdiğine işaret etmektedir.

Tablo 3.1: YBDÖ'nin Madde -Toplam Puan Korelasyonu ve Cronbach Alfa Analizi Sonuçları.

MADDELER	Madde - Toplam Korelasyonları	Cronbach Alfa Değeri
Çevrenin farkında olma alt ölçeği için Cronbach Alfa: 0.69		
1. Yoğun bakımda iken yakınlarımların yokluğunu çok hissettim.	0.13	0.77
2. Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim.	0.46	0.64
3. Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum.	0.49	0.63
4. Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.	0.63	0.56
5. Yoğun bakımda kendimi güvende hissettim	0.58	0.58
Yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması alt ölçeği için Cronbach Alfa: 0.44		
6. Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim	0.15	0.49
7. Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim.	0.21	0.40
8. Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum.	0.28	0.33
9. Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık.	0.40	0.25
Kötümser deneyimler alt ölçeği için Cronbach Alfa: 0.67		
10. Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde ölebileceğimi düşündüm.	0.32	0.65
11. Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm.	0.40	0.62
12. Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.	0.52	0.57
13. Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.	0.27	0.67
14. Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.	0.60	0.57
15. Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm	0.34	0.64
Bakımdan memnuniyet alt ölçeği için Cronbach Alfa: 0.51		
16. Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim.	0.52	0.26
17. Yoğun bakımda ihtiyaçlarımı karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum.	0.25	0.49
18. Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültülüydü.	0.36	0.38
19. Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum.	0.12	0.56

3.4.2. Araştırmanın İşlem Yolu

- Çalışmanın sürdürüleceği reanimasyon ünitesine kabul edilen hasta bireyler örneklem seçim kriterlerine göre incelendi, böylece araştırma kapsamına alınacak hasta bireyler belirlendi ve hasta birey bilgi formunda yer alan veriler toplandı.
- Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin, kabuldeki ve taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanları hesaplanarak kaydedildi.
- Yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan veya transfer edildikten sonraki gün, birey gittiği yerde ziyaret edildi, YBDÖ katılımcıya uygulandı, hasta bilgi formunda eksik kalan yerler tamamlandı.

3.4.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin istatistiksel analizleri bilgisayar aracılığı ile yapıldı.

Verilerin istatistiksel analizlerinde;

- Yoğun bakım deneyim ölçeğinin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach's Alpha ve madde-toplam puan korelasyonu yöntemleri uygulandı.
- Ordinal (sürekli) verilerin değerlendirilmesinde; medyan, minimum ve maksimum değerler, aritmetik ortalama, standart sapma,
- Nominal (süreksiz) verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdelik hesaplamalar,
- Elde edilen verilerin normallik analizi için bir grupta Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi uygulandı. Bazı dağılımların normal olmadığı saptandı ve bu nedenle;
- İki grup ortalamasını karşılaştırmak için Mann-Whitney U Testi,
- İki'den fazla grup ortalamasını karşılaştırmak için Kruskal Wallis Testi uygulandı.
- Ordinal (sürekli) veriler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman's rho Korelasyon Tekniği kullanıldı.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

- Örneklem grubu seçim kriterlerine uyan bireylere, çalışmanın amaç ve yararları açıklanarak araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu ve araştırmayı istedikleri zaman bırakma hakları olduğu belirtildikten sonra araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek onam/onayları alındı ve katılımcı onay belgesi imzalatıldı (EK-1).
- Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği'ni geliştiren Janice Rattray'dan yazılı izin alındı (EK-5).
- Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğini Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Esra Akın'dan (Demir ve ark. 2009) yazılı izin alındı (EK-6).
- Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi-APACHE II puanlama sistemini geliştiren William Knaus'dan yazılı izin alındı (EK-7).
- APACHE II puanlama sisteminin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Banu Çakır'dan yazılı izin alındı (EK-8).
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı (EK-9).
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu'ndan yazılı izin alındı (EK-10).
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan yazılı izin alındı (EK-11).

3.6. ARAŞTIRMANIN TAMAMLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Olumlu Durumlar:

- Araştırmanın yürütüldüğü reanimasyon ünitesinde ve hasta bireylerin taburcu olduğu diğer birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile uyumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Verilerin toplanmasında herhangi bir sorun yaşanmadı.
- Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin araştırmaya istekli ve gönüllü katılımları, çalışmanın yürütülmesini kolaylaştırdı.

- Araştırmacı, aynı zamanda reanimasyon ünitesinde çalıştığından; hasta bireyler taburcu edildikleri kliniklerde araştırmacıyı gördüklerinde çok memnun olduklarını ifade ederek soruları içtenlikle yanıtlamaları verilerin toplanmasında kolaylık sağladı.

Olumsuz Durumlar:

- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izinlerin alınması sırasında güçlükler yaşandı. Etik Kurul'dan yazılı izin alınmasına rağmen Dekanlık Yönetim Kurulu'ndan izin alınmasında güçlükler yaşandı.
- Hasta bireylerin, reanimasyon ünitesinden, farklı kliniklere taburcu olmaları araştırmacının bireylere ulaşmasında az da olsa güçlük yaşamasına yol açtı.
- Araştırmada kullanılan YBDÖ'nin henüz yeni geliştirilen ve kullanılmaya yeni başlanılan bir ölçek olması nedeni ile verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde güçlükler yaşandı.

4. BULGULAR

Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistik analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin bireysel, hastalık ve yoğun bakım ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular,
- Bireylerin YBÜ’de yaşadıkları deneyimlere ilişkin bulgular,
- Bireylerin, bireysel, hastalık ve yoğun bakım ile ilgili özelliklerinin yoğun bakım deneyimlerine etkisini gösteren bulgular başlıkları altında ele alındı.

4.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

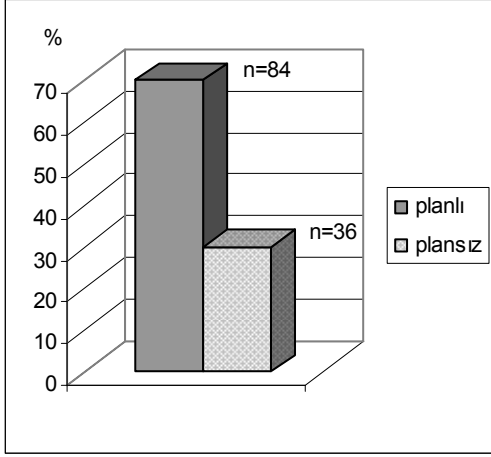
Tablo 4.1.1: Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

Bireysel Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	58	48.3
	Erkek	62	51.7
Yaş Grupları (Yıl)	20-31	29	24.2
	32-43	16	13.3
	44-55	36	30.0
	56-67	39	32.5
Yaş ortalaması yılı (Ort±SS) (Dağılım)		45.95±13.87 (Minimum=20, Maksimum=65)	
Medeni Durum	Evli	99	82.5
	Bekâr/Boşanmış/Dul	21	17.5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	8	6.7
	Okur-yazar	6	5.0
	İlköğretim	66	55.0
	Ortaöğretim	24	20.0
	Yükseköğretim ve üstü	16	13.3
Meslek	Memur	9	7.5
	İşçi	5	4.2
	Emekli	28	23.3
	Serbest meslek	27	22.5
	Ev hanımı	45	37.5
	Diğer ^a	6	5.0
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	22	18.3
	Sağlık Bakanlığı	75	62.6
	Yeşil Kart	4	3.3
	Bağ-Kur	16	13.3
	Ücretli	3	2.5
Gelir Durumu	Gelir gideri karşılıyor	51	42.5
	Gelir gideri karşılamıyor	69	57.5

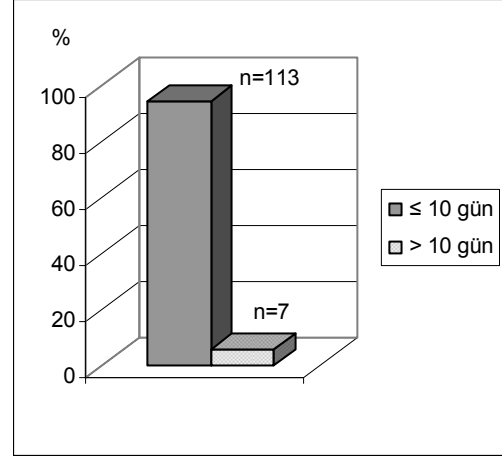
^aBireylerden 3'ü işsiz, 3'ü üniversite öğrencisidir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin bireysel özelliklerinin dağılımı, çoğunluğu oluşturan gruplar açısından incelendiğinde; bireylerin %51.7'sinin (n=62) erkek, yaş ortalamasının 45.95 yıl (SS=13.87), %82.5'inin (n=99) evli, %55.0'ının (n=66) ilköğretim mezunu, %37.5'inin (n=45) ev hanımı, %62.6'sının (n=75) sağlık güvencesinin sağlık bakanlığı olduğu ve %57.5'inin (n=69) gelir durumunun giderlerini karşılamadığı belirlendi (Tablo 4.1.1).

Yoğun bakım ünitesine yatan bireylerin yoğun bakıma yatış şekli, yoğun bakımda kalma süresi, MV'na bağlanma durumu ve MV süresine ilişkin özelliklerine göre dağılımı grafiklerle gösterildi.

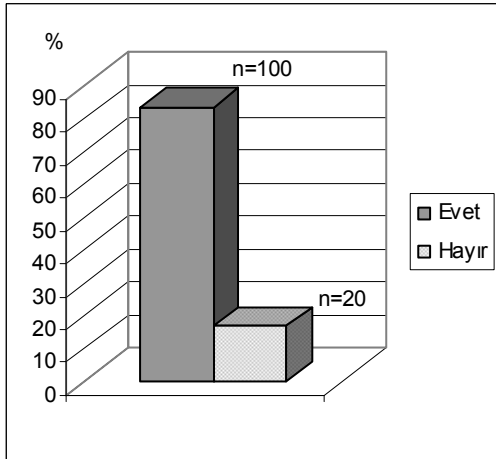


Grafik 4.1. Yoğun bakım ünitesine yatış şekli

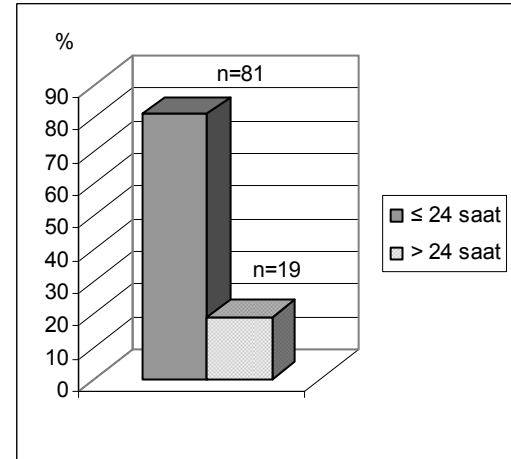


Grafik 4.2. Yoğun bakım ünitesinde kalma süresi

Grafik 4.1 incelendiğinde; bireylerden %70.0'inin (n=84) YBÜ'ne planlı şekilde kabul edildiği görülmektedir. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bireylerin %94.2'sinin (n=113) YBÜ'de 10 gün ve daha kısa süre kaldığı (Grafik 4.2), öte yandan yoğun bakımda kalma süresi ortalamasının 2.84 gün (SS=4.00) olduğu saptandı.



Grafik 4.3. Mekanik ventilasyona bağlanma durumu



Grafik 4.4. Mekanik ventilasyonda kalma süresi

Bireylerin YBÜ'de kaldıkları sürece %83.3'ünün (n=100) MV'a bağlandığı belirlendi (Grafik 4.3). Mekanik ventilasyona bağlanan (n=100) bireylerden %81.0'ının (n=81) MV'da 24 saat ve daha kısa süre ile kaldığı (Grafik 4.4) ve MV'da kalma süresi ortalamasının 25.33 saat (SS=54.54) olduğu belirlendi.

Tablo 4.1.2: Bireylerin Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

Hastalık Durumları ile İlgili Özellikler	n	%	
Mekanik ventilasyona bağlanma şekli ^{ab}	Endotrakeal tüp ile	99	99.0
	Trakeostomi tüpü ile	4	4.0
	Girişimsel olmayan yüz maskesi ile	2	2.0
	Diğer (BİBAP, CPAP vb.)	6	6.0
Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumu ^a	Evet	62	62.0
	Hayır	38	38.0
Taburcu olduğu/Transfer edildiği yer	Genel cerrahi	48	40.0
	Göğüs cerrahisi	12	10.0
	İç hastalıkları	5	4.2
	Kadın hastalıkları ve doğum	22	18.3
	Üroloji	12	10.0
	Diğer ^d	21	17.5
Daha önce yoğun bakımda kalma durumu	Evet	29	24.2
	Hayır	91	75.8
Daha önce yoğun bakımda kaç kez kaldığı ^c	1 kez	25	86.2
	2 kez	2	6.9
	3 kez	2	6.9
Yoğun bakıma kabul sırasındaki APACHE II puanı (Ort±SS) (Dağılım)	19.30±7.61 (Minimum=5, Maksimum=43)		
Yoğun bakımdan taburculuk anındaki APACHE II puanı (Ort±SS) (Dağılım)	10.16±4.74 (Minimum=2, Maksimum=26)		

^a Bu soruyu mekanik ventilasyona bağlanan 100 birey yanıtlamıştır.

^b Birden fazla seçenek işaretlenmiş ve yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

^c Bu soruyu daha önce yoğun bakımda kalan 29 birey yanıtlamıştır.

^dTransplantasyon ünitesi, göğüs hastalıkları, KBB, nöroşirürji, kalp-damar cerrahisi, acil dahiliye, plastik cerrahi, nöroloji, algoloji klinikleri olup bir kliniğe birden fazla birey transfer edilmiştir.

Bireylerin MV’ya bağlanma şekli incelendiğinde (n=100); seçenekler birden fazla işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden hesaplandı. Buna göre endotrakeal tüp yolu ile MV’ya bağlanan bireylerin sıklığı %99.0 (n=99) iken, trakeostomi tüpü ile bağlanma sıklığı %4.0 (n=4), girişimsel olmayan yüz maskesi ile bağlanma sıklığı %2.0 (n=2) ve BİBAP, CPAP vb. cihazlarla bağlanma sıklığı ise %6.0 (n=6) olarak belirlendi (Tablo 4.1.2).

Mekanik ventilasyona bağlanan (n=100) bireylerden %62.0’nın (n=62) MV deneyiminin farkında olduğu belirlendi (Tablo 4.1.2).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, YBÜ’deki bakım ve tedavileri tamamlandıktan sonra, önemli bir bölümünün (%40; n=48) genel cerrahi kliniklerine transfer edildiği saptandı (Tablo 4.1.2).

Bireylerin %24.2'sinin (n=29) daha önce yoğun bakımda kaldığı, yanı sıra daha önce yoğun bakımda yatmış (n=29) bireylerin %86.2'sinin (n=25) en az 1 kez YBÜ'de yatışı deneyimledikleri belirlendi (Tablo 4.1.2).

Bireylerin YBÜ'ne kabulleri sırasındaki APACHE II puan ortalamasının 19.30 (SS=7.61), YBÜ'den taburculuk/transfer anındaki APACHE II puan ortalamasının 10.16 (SS=4.74) olduğu saptandı (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3: Bireylerin Kaldığı YBÜ ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

Yoğun Bakım Ünitesi İle İlgili Özellikler	n	%	
Yoğun bakımda kaldığı oda tipi	Tek kişilik oda	6	5.0
	İki kişilik oda	2	1.7
	Çok kişilik genel oda	112	93.3
Yoğun bakımda kaldığı süre içinde ölen başka bir hastayı görme durumu	Evet	30	25.0
	Hayır	90	75.0
Ölen hasta kaç kez gördüğü ^a	1 kez	22	73.4
	2 kez	6	20.0
	3 kez	1	3.3
	5 kez	1	3.3

^a Bu soruyu yoğun bakımda kaldığı süre içinde ölen başka bir hasta gören 30 birey yanıtlamıştır.

Bireylerin kaldıkları YBÜ ile ilgili özellikleri incelendiğinde; bireylerden %93.3'ünün (n=112) YBÜ'de çok kişilik genel odada kaldığı, %25'inin (n=30) YBÜ'de kaldıkları süre içinde ölen başka bir hasta bireyi gördüğü saptandı. Ölen başka hasta bireyi gördüğünü ifade eden (n=30) olguların %73.4'ü (n=22) bu olayı bir kez deneyimlediğini, %20.0'si (n=6) bu olayı iki kez deneyimlediğini söyledi (Tablo 4.1.3).

4.2. Bireylerin YBÜ'de Yaşadıkları Deneyimlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1: Bireylerin YBDÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Medyan, Minimum, Maksimum, Ortalama, Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı (n=120)

YBDÖ'nin Alt Ölçekleri	Medyan	Minimum-Maksimum	Ort.±SS
Çevrenin farkında olma ^a	22.00	5.00-25.00	21.38±3.45
Yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması ^b	12.00	5.00-19.00	12.07±3.03
Kötümser deneyimler ^c	15.00	6.00-26.40	15.64±4.49
Bakımdan memnuniyet ^d	14.00	4.00-20.00	13.72±3.09

^a puan sınırı 5–25, ^b puan sınırı 4-20, ^c puan sınırı 6–30, ^d puan sınırı 4-20

Bireylerin YBDÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; çevrenin farkında olma alt ölçeğinin puan ortalamasının 21.38 (SS=3.45), yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması alt ölçeğinin puan ortalamasının 12.07 (SS=3.03), kötümser deneyimler alt ölçeğinin puan ortalamasının 15.64 (SS=4.49), bakımdan memnuniyet alt ölçeğinin puan ortalamasının 13.72 (SS=3.09) olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2: Bireylerin YBDÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu^a (n=120).

		Çevrenin farkında olma	Deneyimlerin hatırlanması	Kötümser deneyimler
Deneyimlerin hatırlanması	r	0.070	-	
	p	0.447	-	
Kötümser deneyimler	r	-0.085	-0.089	-
	p	0.354	0.332	-
Bakımdan memnuniyet	r	0.207(*)	-0.163	-0.423(**)
	p	0.023	0.075	0.000

^aNonparametrik korelasyon Spearman's rho * p<0.05 ** p<0.01

Bireylerin YBDÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların birbiri ile ilişkisi incelendiğinde; bireylerin çevrenin farkında olma puanları ile bakımdan memnuniyet puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü (p<0.05). Bu sonuç, araştırma kapsamına alınan bireylerin çevrenin farkında olma düzeyleri arttıkça bakımdan daha fazla memnun kaldıklarına işaret etti. Ayrıca bireylerin kötümser deneyim puanları yükseldikçe bakımdan memnuniyet puanlarının düştüğü ve dolayısıyla kötümser deneyimler alt ölçeği ile bakımdan memnuniyet alt ölçeği puanları arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi (p<0.01) (Tablo 4.2.2).

4.3. Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklerinin Yoğun Bakım Deneyimlerine Etkisini Gösteren Bulgular

Tablo 4.3.1: Bireysel Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120)

Bireysel Özellikler	Çevrenin Farkında Olma	Deneyimlerin Hatırlanması	Kötümser Deneyimler	Bakımdan Memnuniyet
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet^b				
Kadın	21.38±3.40	11.88±2.86	15.97±4.26	13.55±2.89
Erkek	21.39±3.53	12.24±3.19	15.33±4.70	13.87±3.28
	Z=-0.130 p=0.897	Z=-0.744 p=0.457	Z=-1.044 p=0.296	Z=-0.896 p=0.970
Yaş Grupları (Yıl)^a				
20-31	21.86±3.98	12.17±2.92	16.93±4.54	13.52±2.40
32-43	22.56±1.63	11.31±2.63	15.70±4.46	13.81±3.51
44-55	20.89±3.82	12.86±3.46	14.85±4.33	13.36±3.33
56-67	21.00±3.15	11.56±2.75	15.38±4.55	14.15±3.20
	x ² =5.143 p=0.162	x ² =4.811 p=0.186	x ² =4.219 p=0.239	x ² =1.681 p=0.641
Yaş (Ortalama±SS) ile korelasyon^c				
	r=-0.157 p=0.087	r=-0.018 p=0.846	r=-0.111 p=0.228	r=-0.129 p=0.160
Medeni Durum^b				
Evli	21.38±3.67	12.10±3.06	15.30±4.32	13.94±3.01
Bekâr/Boşanmış/Dul	21.38±2.22	11.90±2.93	17.24±4.99	12.67±3.32
	Z=-0.864 p=0.388	Z=-0.505 p=0.614	Z=-1.785 p=0.074	Z=-2.009 p=0.045
Eğitim Durumu^a				
Okur-yazar değil	18.75±6.76	12.25±3.01	13.03±6.07	16.00±2.27
Okur-yazar	18.00±7.07	12.33±2.73	15.57±6.58	14.50±2.07
İlköğretim	21.67±2.84	11.64±3.00	15.76±3.97	13.44±3.22
Ortaöğretim	22.21±2.08	12.92±3.54	14.89±3.82	13.67±3.31
Yükseköğretim ve üstü	21.56±2.25	12.38±2.39	17.60±5.35	13.50±2.63
	x ² =3.522 p=0.474	x ² =3.903 p=0.419	x ² =4.052 p=0.399	x ² =5.382 p=0.250
Meslek^a				
Memur	21.44±1.88	12.33±3.00	16.29±5.33	13.67±2.87
İşçi	23.20±1.64	12.40±2.51	13.36±3.59	14.20±2.77
Emekli	21.04±3.26	11.68±3.08	15.01±4.21	14.46±3.47
Serbest meslek	21.26±4.30	13.15±3.56	16.59±4.82	12.93±3.08
Ev hanımı	21.33±3.56	11.53±2.73	15.70±4.43	13.71±3.08
Diğer	22.33±2.25	12.33±2.42	14.80±4.48	13.50±1.87
	x ² =3.371 p=0.643	x ² =4.856 p=0.434	x ² =3.788 p=0.580	x ² =3.898 p=0.564
Sağlık Güvencesi^a				
Emekli sandığı	21.64±2.92	11.32±2.90	16.07±4.79	14.00±2.99
Sağlık Bakanlığı	21.41±3.12	12.45±3.06	15.40±4.43	13.79±2.87
Yeşil kart	19.00±9.35	11.75±1.26	12.90±4.61	15.75±0.50
Bağ-kur	21.44±3.72	11.19±3.41	16.69±4.41	13.19±4.17
Ücretli	21.67±3.21	13.00±1.00	16.53±4.82	10.00±2.65
	x ² =0.503 p=0.973	x ² =3.736 p=0.443	x ² =2.282 p=0.684	x ² =7.044 p=0.134
Gelir Durumu^b				
Gelir gideri karşılıyor	21.47±3.56	11.65±2.56	15.36±4.75	13.88±3.02
Gelir gideri karşılamıyor	21.32±3.39	12.38±3.31	15.85±4.30	13.59±3.15
	Z=-0.485 p=0.628	Z=-1.046 p=0.296	Z=-0.992 p=0.321	Z=-0.625 p=0.532

a Kruskal Wallis Testi

b Mann-Whitney U

c Nonparametrik Korelasyon Spearman's rho

Bireylerin bireysel özelliklerinin yoğun bakım deneyimine etkisi incelendiğinde şu sonuçlar elde edildi (Tablo 4.3.1):

Cinsiyetin YBDÖ'ünün alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği ($p>0.05$) ve kadın ile erkeklerin YBDÖ'ünün alt ölçek puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu saptandı.

Yaş gruplarına göre YBDÖ'ünün alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Öte yandan her bir yaş grubunun YBDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar sayısal olarak incelendiğinde; kötümser deneyimlerin puan ortalamasının 20-31, çevrenin farkında olma puan ortalamasının 32-43, deneyimlerin hatırlanması puan ortalamasının 44-55, bakımdan memnuniyet puan ortalamasının ise 56-67 yaş gruplarında en yüksek olduğu görüldü.

Ayrıca yıl olarak yaş ile YBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendi ve aralarında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişkinin olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Medeni durumun, bakımdan memnuniyet dışındaki YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Fakat evli ve bekar/boşanmış/dul gruplarının, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Bu sonuca göre, evli bireylerin bekar/boşanmış/dul bireylerden daha fazla bakımdan memnun kaldıkları görüldü.

Eğitim durumuna göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$). Öte yandan her bir eğitim grubunun YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları sayısal olarak incelendiğinde; çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçeğinde en yüksek puan ortaöğretim mezunu bireylerde, kötümser deneyimler alt ölçeğinde en yüksek puan yükseköğretim ve üstü mezunu bireylerde, bakımdan memnuniyet alt ölçeğinde ise en yüksek puan okur-yazar olmayan bireylerde görüldü.

Meslek gruplarına göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$). Bununla birlikte mesleği işçi olan bireylerde çevrenin farkında olma alt ölçek puan ortalamasının en yüksek, serbest meslek

sahibi bireylerde deneyimlerin hatırlanması ve kötümser deneyimler alt ölçekleri puanlarının en yüksek, emekli olan bireylerde ise bakımdan memnuniyet alt ölçek puanının en yüksek olduğu bulundu.

Sağlık güvencesine göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$). Öte yandan her bir sağlık güvencesi grubunun YBDÖ alt ölçek puanları sayısal olarak incelendiğinde; ücretli bireylerde çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puanlarının en yüksek, sağlık güvencesi bağ-kur olan bireylerde kötümser deneyimler alt ölçek puanının en yüksek, sağlık güvencesi emekli sandığı olan bireylerde ise bakımdan memnuniyet alt ölçek puanının en yüksek olduğu belirlendi.

Gelir durumunun YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Bununla birlikte gelir durumuna göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları sayısal olarak incelendiğinde; geliri giderlerini karşılamayan bireylerde deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puan ortalamasının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu, yanısıra diğer alt ölçek puan ortalamalarının ise birbirine oldukça yakın olduğu görüldü.

Tablo 4.3.2’de hastalık ile ilgili özelliklere göre yoğun bakım deneyimlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular görülmektedir. Buna göre şu sonuçlar elde edildi:

Yoğun bakım ünitesine yatış şeklinin, kötümser deneyimler alt ölçeği puan ortalamasını istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılıkla etkilediği belirlendi ($p\leq 0.01$). Diğer bir deyişle yoğun bakım ünitesine plansız yatan bireylerin, yatışı planlı olanlardan daha fazla kötümser deneyimler yaşadıkları saptandı. Öte yandan yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen bireylerin, yatışı plansız olanlardan daha fazla bakımdan memnun kaldıkları belirlendi. Ayrıca her iki grubun, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkta, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlılık bulundu ($p<0.001$). Bireylerin YBÜ’ne yatış şeklinin çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puan ortalamalarını ise istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Bununla birlikte elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; YBÜ’ne planlı yatanların, yatışı plansız olanlara göre çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü.

Tablo 4.3.2: Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120)

Hastalık ile İlgili Özellikler	Çevrenin Farkında Olma Ort±SS	Deneyimlerin Hatırlanması Ort±SS	Kötümser Deneyimler Ort±SS	Bakımdan Memnuniyet Ort±SS
Yoğun bakıma yatış şekli^b				
Planlı	21.65±3.12	11.81±2.93	14.91±4.16	14.51±2.63
Plansız	20.75±4.09	12.67±3.19	17.33±4.82	11.86±3.31
	Z=-1.080 p=0.280	Z=-0.918 p=0.359	Z=-2.513 p=0.012 ^c	Z=-4.003 p=0.000 ^d
Mekanik ventilasyona bağlanma durumu^b				
Evet	21.17±3.50	11.89±2.97	15.73±4.67	13.63±3.20
Hayır	22.45±3.07	12.95±3.20	15.19±3.48	14.15±2.48
	Z=-2.081 p=0.037	Z=-1.185 p=0.236	Z=-0.762 p=0.446	Z=-0.524 p=0.600
Mekanik ventilasyonda kalma süresi^b				
≤24 saat	21.53±2.59	11.90±2.95	15.23±4.22	14.06±2.96
>24 saat	19.63±5.86	11.84±3.15	17.84±5.90	11.79±3.60
	Z=-0.930 p=0.352	Z=-0.412 p=0.681	Z=-2.130 p=0.033	Z=-2.619 p=0.009
Mekanik ventilasyonda kalma süresi ile korelasyon ^{bc}	r=-0.197 ^e p=0.049	r=-0.030 p=0.764	r=-0.168 p=0.094	r=-0.106 p=0.296
Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumu^b				
Evet	21.69±2.68	12.02±3.16	15.92±4.34	13.58±3.30
Hayır	20.32±4.43	11.68±2.67	15.42±5.21	13.71±3.08
	Z=-1.607 p=0.108	Z=-0.648 p=0.517	Z=-0.078 p=0.938	Z=-0.228 p=0.819
Yoğun bakımda kalma süresi^b				
≤10 gün	21.31±3.50	11.97±3.01	15.42±4.46	13.89±2.91
>10 gün	22.57±2.30	13.57±3.10	19.14±3.52	10.86±4.60
	Z=-0.920 p=0.357	Z=-1.061 p=0.289	Z=-2.283 p=0.022	Z=-2.180 p=0.029
Yoğun bakımda kalma süresi ile korelasyon ^c	r=-0.191 ^e p=0.037	r=0.054 p=0.560	r=0.135 p=0.143	r=-0.237 ^d p=0.009
Daha önce yoğun bakımda kalma durumu^b				
Evet	22.03±3.79	12.24±3.28	15.14±5.08	13.76±2.89
Hayır	21.18±3.33	12.01±2.96	15.80±4.30	13.70±3.17
	Z=-1.867 p=0.062	Z=-0.244 p=0.807	Z=-0.596 p=0.551	Z=-0.056 p=0.956
Daha önce yoğun bakımda kaç kez kaldığı^{bf}				
1 kez	21.88±4.06	12.04±3.43	15.18±5.39	13.64±3.04
2 kez ve üstü	23.00±1.15	13.50±1.91	14.95±2.92	14.50±1.73
	Z=-0.258 p=0.797	Z=-1.022 p=0.307	Z=-0.190 p=0.849	Z=-0.638 p=0.523
Taburcu olduğu/Transfer edildiği yer^a				
Genel cerrahi	20.90±4.09	12.54±2.92	14.71±4.15	14.25±3.08
Göğüs cerrahisi	22.25±1.76	11.33±2.90	17.13±5.08	14.08±1.83
İç hastalıkları	20.40±3.44	12.20±4.09	18.68±6.03	10.20±3.77
Kadın hast. ve doğum	21.27±2.98	11.95±2.72	16.09±3.16	14.05±2.97
Üroloji	22.17±2.25	11.17±3.16	14.38±4.20	14.25±2.01
Diğer	21.90±3.66	12.00±3.44	16.43±5.47	12.48±3.56
	$\chi^2=4.192$ p=0.522	$\chi^2=3.345$ p=0.647	$\chi^2=3.497$ p=0.624	$\chi^2=9.792$ p=0.081
Yoğun bakıma kabul sırasındaki APACHE II puanı ile korelasyon ^c	r=-0.214 ^e p=0.019	r=-0.189 ^e p=0.039	r=0.128 p=0.165	r=-0.273 ^d p=0.003
Yoğun bakımdan taburculuk anındaki APACHE II puanı ile korelasyon ^c	r=-0.267 ^d p=0.003	r=-0.001 p=0.995	r=0.132 p=0.151	r=-0.265 ^d p=0.003

^a Kruskal Wallis Test

^b Mann-Whitney U

^c Nonparametrik Korelasyon Spearman's rho,

^d p<0.01

^e p<0.05

^f Daha önce YBÜ'de yatmış olan 29 birey.

Mekanik ventilasyona bağlanma durumunun, çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) ve MV'a bağlanmayan bireylerin bağlananlara göre daha çok çevrenin farkında oldukları saptandı. Ayrıca istatistiksel anlamlılık taşımamakla birlikte ($p>0.05$) MV'a bağlanmayan bireylerin YBÜ'de yaşadıkları deneyimleri diğerlerine göre daha fazla hatırladıkları ve bakımdan daha fazla memnun oldukları bulundu. Yanısıra her iki grubun kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu belirlendi (Tablo 4.3.2).

Mekanik ventilasyonda kalma süresinin kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) dolayısıyla MV'da 24 saatten fazla kalan bireylerin, MV'da 24 saat ve daha az kalan bireylere göre daha fazla kötümser deneyimler yaşadıkları saptandı. Öte yandan MV'da kalma süresinin bakımdan memnuniyet alt ölçek puanlarını çok ileri derecede etkilediği görüldü ($p<0.01$). Buna göre MV'da kalma süresi uzadıkça bakımdan memnuniyetin azaldığı bulundu. Bireylerin MV'da kalma süresinin çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; MV'da 24 saat ve daha kısa süre kalan grubun çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamasının, MV'da 24 saat ve daha fazla kalan gruptan yüksek olduğu belirlendi. Yanısıra, her iki grubun deneyimlerin hatırlanması alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu bulundu (Tablo 4.3.2).

Ayrıca MV'da kalma süresi ile YBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde, MV'da kalma süresi ile çevrenin farkında olma alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Buna göre MV'da kalma süresi arttıkça çevrenin farkında olma puanlarının düştüğü, dolayısı ile çevre farkındalığının azaldığı belirlendi. Öte yandan MV'da kalma süresi ile deneyimlerin hatırlanması, kötümser deneyimler, bakımdan memnuniyet puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2).

Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumunun yoğun bakım deneyimi alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$) Öte yandan istatistiksel anlamlılık taşımamakla birlikte, MV deneyiminin farkında olan bireylerin, olmayanlara göre daha fazla çevrenin farkında oldukları ve deneyimleri daha fazla hatırladıkları belirlendi. Ancak MV deneyiminin

farkında olan ve olmayan bireylerin kötümser deneyimler ve bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu görüldü (Tablo 4.3.2)..

Yoğun bakımda kalma süresinin kötümser deneyimler ve bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği bulundu ($p<0.05$). Yoğun bakım ünitesinde 10 gün ve daha az kalan bireylerin, 10 günden fazla kalan bireylere göre, daha az kötümser deneyimler yaşadıkları ve bakımdan daha fazla memnun kaldıkları belirlendi. Öte yandan YBÜ’de kalma süresinin çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği belirlendi ($p>0.05$). Elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; yoğun bakımda 10 günden fazla kalan bireylerin çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması puan ortalamalarının YBÜ’de 10 gün ve daha kısa süre kalan bireyinkilerden daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.2).

Öte yandan yoğun bakımda kalma süresi ile çevrenin farkında olma ($p<0.05$) ve bakımdan memnuniyet ($p<0.01$) alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişkiye rastlandı. Bu sonuca göre bireylerin YBÜ’de kalma süreleri uzadıkça çevre farkındalığı azalmakta ve bakımdan daha az memnun kalmaktadırlar. Öte yandan YBÜ’de kalma süresi ile deneyimlerin hatırlanması ve kötümser deneyimler alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2).

Bireylerin daha önceki yoğun bakım deneyimlerinin, YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Ancak daha önce de yoğun bakımda kalan bireylerin, kalmayanlara göre çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü. Yanısıra daha önce YBÜ’ne yatmış bireylerin ($n=29$), bu deneyimi kaç kez yaşadıkları değişkeninin YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; daha önce YBÜ’de iki kez ve daha fazla yatan bireylerin, çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet alt ölçeklerindeki puan ortalamalarının, yoğun bakım deneyimi bir kez olanlara göre daha yüksek olduğu, öte yandan kötümser deneyimler alt ölçeğinde ise daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.3.2).

Bireylerin YBÜ’den taburcu oldukları yerlere göre YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$). Bununla

birlikte; çevrenin farkında olma alt ölçeğinde en yüksek puan göğüs cerrahisi kliniğine transfer edilen bireylerde, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet alt ölçeklerinde en yüksek puan genel cerrahi kliniklerine transfer edilen bireylerde, kötümser deneyimler alt ölçeğinde en yüksek puan ise iç hastalıkları kliniğine transfer edilen bireylerde görüldü (Tablo 4.3.2).

Bireylerin YBÜ'ne kabul sırasındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nin çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ters yönlü istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Bu sonuç; kabul sırasındaki APACHE II puanları arttıkça çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet puanlarının düştüğüne dolayısıyla bireylerin sağlık durumları kötüleştikçe çevre farkındalığının azaldığı, yoğun bakım deneyimlerini hatırlayamadıkları ve bakım memnuniyetlerinin azaldığına işaret etti. Öte yandan YBÜ'ne kabul sırasındaki APACHE II puanları ile kötümser deneyimler alt ölçeği puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılık taşımadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2).

Bireylerin YBÜ'den taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nin çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulundu ($p<0.01$). Bu sonuca göre; taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanları azaldıkça çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet puanları artmakta, diğer bir deyişle bireylerin sağlık durumları iyileştikçe çevre farkındalığı ve bakımdan memnuniyet artmaktadır. Öte yandan taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanları ile deneyimlerin hatırlanması ve kötümser deneyimleri alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3: Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklere Göre Yoğun Bakım Deneyimlerinin Karşılaştırılması (n=120)

Yoğun Bakım ile İlgili Özellikler	Çevrenin Farkında Olma	Deneyimlerin Hatırlanması	Kötümser Deneyimler	Bakımdan Memnuniyet
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yoğun bakımda kaldığı oda tipi^a				
Tek kişilik oda	20.67±2.16	10.33±2.16	19.27±3.50	11.67±3.44
İki kişilik oda	23.00±1.41	11.50±0.71	15.30±0.42	14.00±2.83
Çok kişilik genel oda	21.39±3.53	12.17±3.07	15.45±4.50	13.82±3.06
	$x^2=1.877$ p=0.391	$x^2=2.410$ p=0.300	$x^2=4.746$ p=0.093	$x^2=2.551$ p=0.279
Yoğun bakımda kaldığı süre içinde ölen başka bir hastayı görme durumu^b				
Evet	21.57±2.93	12.60±3.19	16.83±4.53	12.33±3.59
Hayır	21.32±3.62	11.89±2.97	15.24±4.42	14.18±2.77
	Z=-0.128 p=0.898	Z=-1.078 p=0.281	Z=-1.803 p=0.071	Z=-2.455 p=0.014
Ölen hasta kaç kez gördüğü^{bc}				
1 kez	21.36±3.23	12.32±3.24	16.82±4.53	12.00±2.99
2 kez ve üstü	22.13±1.96	13.38±3.11	16.88±4.85	13.25±5.04
	Z=-0.236 p=0.813	Z=-0.756 p=0.450	Z=-0.259 p=0.796	Z=-1.014 p=0.311

^a Kruskal Wallis Testi

^b Mann-Whitney U

^c Ölen hasta gören 30 birey

Yoğun bakım ile ilgili özelliklerin yoğun bakım deneyimine etkisi incelendiğinde (Tablo 4.3.3) şu sonuçlar elde edildi:

Bireylerin YBÜ'de kaldıkları oda tipinin YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı (p>0.05). Öte yandan bireylerin yoğun bakımda kaldıkları oda tipi ile YBDÖ alt ölçekleri puanları sayısal olarak incelendiğinde; çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet alt ölçeklerinde en yüksek puan iki kişilik odada kalan bireylerde, deneyimlerin hatırlanması alt ölçeğinde en yüksek puan çok kişilik genel odada kalan bireylerde, kötümser deneyimler alt ölçeğinde en yüksek puan tek kişilik odada kalan bireylerde görüldü.

Yoğun bakımda kaldığı süre içinde bireyin ölen başka bir hasta görme durumunun bakımdan memnuniyet alt ölçeği puanlarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği belirlendi (p<0.05). Diğer bir deyişle YBÜ'de ölen başka bir hasta görmeyen bireylerin bakımdan daha fazla memnun oldukları görüldü. Öte yandan YBÜ'de kaldığı süre içinde ölen başka bir hasta görme değişkeninin çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması, kötümser deneyimler alt ölçekleri puan ortalamalarındaki etkisinin istatistiksel anlamlılıkla taşımadığı belirlendi (p>0.05). Elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; yoğun bakımda ölen hasta gören bireylerin deneyimlerin hatırlanması, kötümser deneyimler alt ölçekleri puan ortalamalarının ölen hasta görmeyen bireylerden daha yüksek olduğu,

yanısıra çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu saptandı.

Bireylerin YBÜ’de gördükleri ölen hasta sayısı değişkeninin YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği belirlendi ($p>0.05$). Elde edilen veriler sayısal olarak incelendiğinde; ölen diğer bir hastayı iki kez ve daha fazla sayıda gördüğünü ifade eden bireylerin, ölen hasta bir kez gördüğünü ifade eden bireylere göre; çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması, kötümser deneyimler ve bakımdan memnuniyet alt ölçeklerinden daha yüksek puanlar aldıkları bulundu.

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı kurtarıcı pek çok bakım ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı, interdisipliner ekip anlayışı ile hizmet veren yerler olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan bireyler YBÜ'de kaldıkları süre içinde pek çok olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir. Yaşanan olumsuz yoğun bakım deneyimleri, verilen bakımın kalitesini etkileyebildiği gibi, bu deneyimlerin bireylerin YBÜ'den taburcu olduktan sonraki yaşantılarında da olumsuz etkileri olabilmektedir.

Kesitsel türde yapılan bu çalışma, reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacıyla 120 bireyle gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı.

5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım İle İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalamasının 45.95 yıl (SS=13.87), %51.7'sinin (n=62) erkek, %82.5'inin (n=99) evli, %55'inin (n=66) ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Bireylerden %37.5'inin (n=45) ev hanımı, %62.5'inin (n=75) sağlık güvencesinin sağlık bakanlığı olduğu ve %57.5'inin (n=69) gelir durumunun giderlerini karşılamadığı belirlendi (Tablo 4.1.1). Sosyo-demografik değişkenlerden özellikle yaş, cinsiyet gibi etmenlerin yoğun bakımda yaşanan stres, dolayısı ile deneyimlerde etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Akın ve Arıboğan 2006; Hofhuis ve ark. 2008; Rattray ve ark. 2004). Ayrıca medeni durum, eğitim durumu, meslek/uğraş, özellikle ülkemiz için söz konusu olan sağlık güvencesi gibi değişkenlerin, yoğun bakım deneyimi üzerindeki etkileri araştırılmalı ve bakım girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında bu konudaki araştırma sonuçlarından yararlanılmalıdır. Bu bağlamda, çalışmamızda; yoğun bakım deneyimi üzerinde etkili olduğu varsayılan yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, meslek/uğraş, sağlık güvencesi ve ekonomik durum değişkenleri örneklem grubunda incelendi.

Grafik 4.1 incelendiğinde; bireylerden %70.0'nın (n=84) YBÜ'ne planlı şekilde kabul edildiği görülmektedir. Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü planlı ve plansız olmak üzere iki şekilde olabilmektedir. Planlı kabul, kronik hastalık (hipertansiyon,

iskemik kalp hastalığı, geçirilmiş miyokart enfarktüsü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obesite vb.) öyküsü olan bireylerin cerrahi operasyon sonrası yakın takip ve tedavilerinin planlanması, YBÜ koşullarında tedavi uygulamaları (plazmaferezis, karaciğer destek sistemi, hemofiltrasyon vb.) vb. durumlarda, plansız kabul ani kardiyak ya da solunum durması, solunum yetmezliği, böbrek ve karaciğer yetmezliğine yol açan zehirlenme vb. durumlarda yapılmakta ve bireyin YBÜ deneyimlerini, kabul şekli etkileyebilmektedir (Pang ve Suen 2008).

Grafik 4.2 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan bireylerin YBÜ'de ortalama 2.84 gün (SS=4.00) kaldıkları görüldü. Demir ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, araştırma kapsamına aldıkları bireylerin %56.3'ünün 2-7 gün, %33.7'sinin ise bir gün YBÜ'de kaldıklarını ifade etmektedirler. Yoğun bakımda yatış süresi, tıbbi tanı, prognoz, yaş, uygulanan bakım ve tedavi girişimleri, YBÜ'de gelişen biyo-fizyopsikolojik komplikasyonlar gibi bir çok etmenden etkilenmekte ve bireylerin YBÜ deneyimlerini etkileyebilmektedir (Akıncı ve ark. 2007; Hofhuis ve ark. 2008; Hughes ve ark. 2005; Löf ve ark. 2006).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %83.3'ünün (n=100) MV'a bağlandığı (Grafik 4.3) saptandı. Mekanik ventilasyon, YBÜ'de solunum aktivitesini sağlamak ve sürdürmek amacıyla uygulanan girişimlerden biridir ve YBÜ'ne yatan çoğu birey MV'a bağlanmaktadır (Bacakoğlu 2002; Çelik 2006; Deveci ve Deveci 2002). Bu literatür bilgisi, çalışmadaki olguların önemli bir bölümünün MV'a bağlanma durumunu açıklamaktadır.

Mekanik ventilasyona bağlanan bireylerin (n=100) %81.0'nin (n=81), MV'da 24 saat ve daha kısa süre kaldığı saptandı (Grafik 4.4). Mekanik ventilasyona bağlanma süresi, bireyin hastalık durumu, bilinç durumu, MV'dan ayrılmaya fizyolojik yanıtı ve ayrıca YBÜ'de kullanılan sedasyonlar gibi bir çok etmenden etkilenmekte, bununla birlikte MV'da kalma süresi arttıkça komplikasyonlar gelişerek mortalite gelişme riski artmaktadır (Demirkıran 2007; Magarey ve McCutcheon 2005; Taş ve ark. 2008). Bu nedenle bireyler mümkün olan en kısa sürede MV'dan ayrılarak kendi solunumlarını yapması için desteklenmelidir (Demirkıran 2007; Uyar 2006). Bu çalışmanın örneklemini YBÜ'den iyileşerek çıkmış bireylerden meydana geldi ve bu seçim kriterinin çalışmadaki MV'a bağlı kalma süresini etkilediği düşünüldü. Öte yandan MV'da kalma süresi

iyileşme süreci ile yakından ilişkili bir parametredir. Hem YBÜ’de sıklıkla uygulanan bir girişim, hem de iyileşme süreci ile yakından ilişkili olan MV, yoğun bakım deneyimini etkileyen önemli bir etmendir.

Mekanik ventilasyona bağlanan bireylerin (n=100), MV’ya bağlanma şekli incelendiğinde (Tablo 4.1.2); bireylerin birden fazla yöntemle MV’ya bağlanabildiği saptandı ve bu nedenle frekanslar, her bir yöntemin uygulanıp uygulanmama durumuna göre hesaplandı. Buna göre endotrakeal tüp ile MV’ya bağlanma sıklığının %99.0 (n=99), trakeostomi tüpü ile MV’ya bağlanma sıklığının %4.0 (n=4), girişimsel olmayan yüz maskesi ile MV’ya bağlanma sıklığının %2.0 (n=2) ve BİBAP, CPAP gibi araçlarla MV’ya bağlanma sıklığının %6.0 (n=6) olduğu saptandı. Birey YBÜ’de iken, gereksinimi doğrultusunda önce endotrakeal tüp yolu ile MV’ya bağlanmaktadır. Endotrakeal tüp ile MV tedavisi sona eren ve spontan solunumu yeterli olan birey, MV cihazından kademeli olarak ayrılmakta ve bunun için değişik weaning (ventilatörden ayırma) yöntemleri kullanılabilmektedir (Demirkıran 2007; Dilek 2008). Ancak bireyin, spontan solunumunu gerçekleştirememesi sonucu entübasyon süresinin uzaması, bireyde yeterli ventilasyonun sağlanamaması, trakeal sekresyonlarının temizlenmesinde yetersizlik gibi durumlarda trakeostomi tüpü ile MV tedavisine geçilebilir (Axell ve ark. 2002; Taş ve ark. 2008). Yoğun bakım ünitesinde MV girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemlerle sağlanabilmektedir. Başarısız ekstübasyonu önlemek ve bireyin konforunu sağlamak amaçlarıyla özellikle son yıllarda girişimsel olmayan MV yöntemleri sıklıkla kullanılabilmektedir. Girişimsel olmayan MV yönteminde birey, beslenme, iletişim gibi yaşam aktivitelerini rahatlıkla gerçekleştirebilmektedir (Demirkıran 2007; Özcan 2008). Bireyin yaşına ve gereksinimine göre değişik özellikte BİBAP, CPAP gibi girişimsel olmayan MV araçları bulunmaktadır (Erdem ve Karakoç 2008). Yukarıdaki literatür bilgisi bu çalışma kapsamına alınan bireylerde endotrakeal entübasyon yolu ile MV’nin yanısıra diğer MV yöntemlerinin uygulanma gerekçelerini açıklamaktadır.

Mekanik ventilasyona bağlanan bireylerin (n=100) %62.0’ının (n=62) MV’ya bağlanma durumunu hatırladıkları dolayısı ile MV deneyiminin farkında oldukları (Tablo 4.1.2) belirlendi. Pang ve Suen (2008) YBÜ’deki bireylerin sedasyon aldıkları halde MV altında entübasyon tüpünün farkında oldukları ve MV cihazının alarmlarını sürekli olarak işittiklerini belirtmektedir. Bu araştırma bulgusunu destekleyen bir çok çalışma bulunmaktadır (Samuelson ve ark. 2006; Wang ve ark. 2008). Bu literatür,

araştırmamızdaki bireylerin yarısından fazlasının MV deneyimini hatırlama durumunu açıklamaktadır. Öte yandan MV'ya bağlanma sürecini hatırlama, yoğun bakım deneyimini etkileyen etmenlerden biri olduğu düşünülmektedir (Carr 2007; Fredriksen ve Ringsberg 2007).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sadece %24.2'sinin (n=29) daha önce yoğun bakım deneyimi olduğu (Tablo 4.1.2) saptandı. Bireylerin daha önce yaşadıkları olaylar, o bireyin herhangi bir yaşam deneyiminde hatırlanmaktadır. Yaşanan olay olumlu ise o yaşantı olumlu etki yaratmakta, olumsuz ise olumsuz etki yaratabilmektedir (Yılmaz 2001). Roy'un uyum modelinde; bireyi ciddi bir şekilde etkileyen yaralanma ya da hastalık gibi strese neden olan durumların ve değişikliklerin, bireyin geçmiş deneyimlerinden etkilenen davranış, tutum ve değerlerinin, inançlarının, deneyimlerinin, bireyin içinde bulunduğu ortama adaptasyonunda oldukça önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (Araich 2001). Dolayısı ile bireylerin YBÜ'ne yatışı planlandığında ya da YBÜ'ne acil kabul yapıldığında daha önceki yoğun bakım deneyiminin gözönüne alınması, bakımın planlanması ve uygulanmasını etkileyebilecektir. Sonuç olarak önceki yoğun bakıma yatışların, bireyin sonraki YBÜ deneyimlerinde etkili önemli bir faktör olduğu düşünüldü.

Araştırma kapsamındaki daha önce YBÜ'ne yatış deneyimi olmuş bireylerin (n=29) %86.2'sinin (n=25) 1 kez, %6.9'unun (n=2) 2 ve 3 kez daha önce YBÜ'de bakım ve tedavi gördüğü saptandı (Tablo 4.1.2). Birey YBÜ gibi, yabancı ve bilinmeyenlerle dolu değişik bir ortamda, gerek kabul edildiği sırada gerekse ünitede kaldığı süre boyunca azımsanmayacak derecede anksiyete deneyimler (Craven, Hırnle 2000; Roper ve ark. 1996). Fakat birey daha önce yoğun bakım ünitesinde kalmışsa ve bu deneyimin sonunda birey iyileşerek taburcu olmuşsa, birey için YBÜ, daha önce hiç yoğun bakım deneyimi olmayan bireylere göre, nispeten aşına olduğu bir ortamdır. Ayrıca bireyin, daha önce YBÜ'de kaç kez kaldığı bu aşinalığını etkileyebilecek en önemli etmendir. Bu nedenlerle bireyin daha önce yaşadığı yoğun bakım deneyimlerinin sayısının, son yatıştaki yoğun bakım deneyimlerini etkileyebileceği düşünüldü.

Bireylerin yoğun bakıma kabulleri sırasındaki APACHE II puan ortalamasının 19.30 (SS=7.61) olduğu, YBÜ'den taburculuk/transfer anındaki APACHE II puan ortalamasının 10.16 (SS=4.74) olduğu belirlendi (Tablo 4.1.2). Balcı ve ark. (2005)

APACHE II puanlama sisteminin YBÜ’de mortalite ve morbiditeyi tahmin etmede yaygın olarak kullanılan bir sistem olduğunu belirterek, bu sistemin bakım-tedavinin planlanarak izlenmesini kolaylaştırdığını vurgulamaktadır. Bu nedenle yoğun bakım deneyimini hastalık, yaş, genel sağlık durumu gibi etmenlerin nasıl etkilediği araştırılırken APACHE II puanlama sisteminin kullanıldığı görülmektedir (Hofhuis ve ark. 2008; Rattray ve ark. 2004; Wang ve ark. 2008). Bu çalışmada da bireylerin sağlık durumunun yoğun bakım deneyimlerine etkisini belirlemek amacı ile APACHE II kullanıldı. Yoğun bakım ünitesine kabul sırasındaki APACHE II puanının yüksek olması bireyin durumunun kötü olduğunu göstermektedir. Taburculuk/transfer anındaki APACHE II puanının düşmesi ise bireyin iyileştiğine ve durumunun iyi olduğuna işaret etmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavileri tamamlanan bireylerden %40.0’nın (n=48) YBÜ’den genel cerrahi kliniklerine, %18.3’ünün (n=22) kadın hastalıkları ve doğum kliniğine, %17.5’inin (n=21) transplantasyon ünitesi, göğüs hastalıkları, KBB, nöroşirürji, kalp-damar cerrahisi, acil dahiliye, plastik cerrahi, nöroloji, algoloji gibi kliniklere transfer edildiği saptandı (Tablo 4.1.2). Bireyin YBÜ’deki yatış nedeni, tıbbi tanısı, kronik hastalık durumu gibi nedenler transfer/taburculuk planında etkili olabilmektedir. Bireyler, YBÜ’den evine/sürekli yaşadığı yere nadiren taburcu olabilmektedir (Griffiths ve Jones 1999). Bunun yerine öncelikle tıbbi tanısı ile ilişkili bölümlere transferi yapılmakta ve buradaki bakım ve tedavi girişimleri tamamlandıktan sonra evlerine/sürekli yaşadıkları yere gitmektedir (Griffiths ve Jones 1999; Kaya 2004). Çalışmanın bu verileri genel taburculuk/transfer nedenleri ile ilişkilidir ve literatür bilgisi ile desteklenebilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %25.0’ı (n=30) YBÜ’de iken ölen başka bir hasta gördüğünü ifade etti (Tablo 4.1.3). Sekmen ve Hatipoğlu (1999) YBÜ’de yanındaki hastaya yapılan işlemleri görmenin bireylere rahatsızlık verdiğini, bu nedenle bu bireylerin stres ve korku yaşadıklarını belirtmektedirler. Aslında YBÜ’de yanındaki hastaya uygulanan işlemlerin diğer hasta bireyler tarafından görülmemesi, üniteye ölen bir hasta olduğunda ise bireyin ölüm olayından haberinin olmaması gerekmektedir. Bu araştırmanın sonuçları gözönüne alındığında ölen başka bir hastayı görme oranının azımsanmayacak bir sıklıkta olduğu görüldü. Bu doğrultuda, ülkemizdeki YBÜ’lerinin

tasarım ve fiziki yapısının yeniden gözden geçirilerek düzenlemelerin yapılması gerektiği söylenebilir.

Elde edilen bu bulgular doğrultusunda; YBÜ'den taburcu olan bireylerin bireysel, hastalık ve yoğun bakım ile ilgili özellikleri belirlendi ve bu sonuçlar literatür ışığında tartışılarak *araştırmanın ilk sorusu yanıtlandı*.

5.2. Bireylerin YBÜ'de Yaşadıkları Deneyimlerinin Tartışılması

Bireylerin YBÜ'deki deneyimleri alt ölçeklerine göre incelendiğinde; çevrenin farkında olma alt ölçeğinin puan ortalamasının 21.38 (SS=3.45), yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması alt ölçeğinin puan ortalamasının 12.07 (SS=3.03), kötümser deneyimlerin puan ortalamasının 15.64 (SS=4.49), bakımdan memnuniyet alt ölçeğinin puan ortalamasının 13.72 (SS=3.09) olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1). Elde edilen bu veriler her bir alt ölçeğin puan sınırına göre incelendiğinde, çevrenin farkında olma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının en yüksek, kötümser deneyimler alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının en düşük olduğu görüldü. Bu veriler araştırma kapsamına alınan bireylerin YBÜ'de kaldıkları süre içinde buldukları çevrenin farkında oldukları ve yaşadıkları yoğun bakım deneyimlerini hatırladıklarını göstermektedir. Yapılan bir çok çalışmada, bireylerin YBÜ'deki aletlerin ve çalışanların seslerini, alarmları sürekli olarak duydukları ve kendilerine uygulanan bakım ve tedavi uygulamalarını hatırladıkları belirtilmektedir (Wang ve ark. 2008). Buna göre, sağlık ekibi üyelerinin, YBÜ'de bilinci açık ya da kapalı olan tüm bireylere bakım ve tedavi uygularken bu verileri gözönünde bulundurması dolayısıyla bireyin bilinci kapalı olsa dahi çevre farkındalığının olabileceğini varsaymaları gerekmektedir.

Bireylerin YBDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların birbiri ile ilişkisi incelendiğinde; bireylerin çevrenin farkında olma puanları ile bakımdan memnuniyet puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Ringdal ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, bilinci açık olan, YBÜ'ye uyumu iyi olan bireylerin verilen hemşirelik bakımından daha çok memnun kaldıklarını belirtmektedir. Ayrıca bireylerin kötümser deneyim puanları yükseldikçe bakımdan memnuniyet puanlarının düştüğü ve dolayısıyla kötümser deneyimler alt ölçeği ile bakımdan memnuniyet alt ölçeği puanları arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı

bir ilişkinin olduğu belirlendi ($p < 0.01$) (Tablo 4.2.2). Fredriksen ve Ringsberg (2007) yaptığı çalışmada, bireylerin entübasyon tüpü ile MV'a bağlanmalarından rahatsızlık duyduklarını, iletişim, beslenme güçlükleri yaşadıklarını ve dolayısıyla verilen bakımdan memnun kalmadıklarını ifade etmektedir. Literatür bilgileri doğrultusunda; YBÜ'deki bireylerin, bakım ve tedavi amaçlarıyla uygulanan girişimleri olumsuz deneyim olarak algıladıkları düşünülebilmektedir. Bu olumsuz deneyimler karşısında bireyler, kendilerini çaresiz ve ümitsiz hissetmekte, korku ve anksiyete yaşamaktadırlar (Leur ve ark. 2004).

Bu veriler, YBÜ'de bireylerin hangi deneyimleri yaşadıkları, literatür bilgisi ile tartışılarak *araştırmanın ikinci sorusu yanıtlandı*.

5.3. Bireylerin, Bireysel, Hastalık ve Yoğun Bakım ile İlgili Özelliklerinin Yoğun Bakım Deneyimlerine Etkisinin Tartışılması

Cinsiyetin YBDÖ'nün alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği ($p > 0.05$) ve kadın ile erkeklerin YBDÖ'nün alt ölçek puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu saptandı (Tablo 4.3.1). Akın ve Arıboğan (2006) YBÜ'de strese neden olan etmenlerin sosyodemografik özellikler açısından farklılıklarını araştıran çalışmasında, kadın ve erkeklerin strese neden olan yoğun bakım deneyimleri arasında anlamlı derecede farklılık olmadığını vurgulamakta ve bu araştırmanın verisini desteklemektedir.

Yaş gruplarına göre YBDÖ'nün alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Öte yandan her bir yaş grubunun YBDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar sayısal olarak incelendiğinde; kötümser deneyimlerin puan ortalamasının 20-31, çevrenin farkında olma puan ortalamasının 32-43, deneyimlerin hatırlanması puan ortalamasının 44-55, bakımdan memnuniyet puan ortalamasının ise 56-67 yaş gruplarında en yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3.1). Araştırma verileri, araştırma kapsamına alınan bireylerden 20-31 yaş grubundakilerin diğerlerine göre daha fazla olumsuz deneyimler yaşadıklarını gösterdi. Ayrıca araştırmada, yaş ile YBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendi ve aralarında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişkinin olmadığı belirlendi ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.1). Jones ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada YBÜ'de yatan ve araştırma kapsamına alınan 20 yaş ve üstü genç bireylerin olumsuz emosyonel deneyimleri diğer bireylere

göre daha fazla yaşadıklarını belirtmektedir. Öte yandan Wallen ve ark (2008) yaptıkları araştırmada, YBÜ'den taburcu olan bireylerde görülen posttravmatik stres bozukluğunun görülme sıklığının yaş ile ilişkili olduğunu belirterek, genç bireylerin psikolojik gelişimleri ile ilgili olarak daha fazla stres yaşayabileceklerini savunmaktadır. Adölesanlık döneminde fiziki dış görünüş oldukça önemli olduğundan YBÜ'de bakım ve tedavi amaçları ile uygulanan yöntemler genç bireylerin olumsuz deneyimler yaşamalarına neden olabilmektedir. Ayrıca normal yaşamlarında enerji dolu genç bireylerin, YBÜ gibi stres yaratan, kapalı ortamda hareket etme aktiviteleri kısıtlandığından üniteye uyumları güçleşebilmekte ve bu bireyler, olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir. Genç yetişkin bireyler ise YBÜ'de kaldıkları sürece rollerini ve sorumluluklarını yerine getiremediklerinden sıkıntı ve anksiyete yaşayabilmekte ve bu durum daha sonraki yaşantılarını da etkileyebilmektedir (Roper ve ark. 1996). Bu çalışmanın verileri literatüre uymamaktadır. Bu çalışmada yaş değişkeninin yoğun bakım deneyimini etkilememesi, araştırmanın kesitsel olarak yapılması ile ilişkili ve dolayısıyla araştırmanın örnekleme özgü bir sonuç olduğu düşünüldü.

Medeni durumun, bakımdan memnuniyet dışındaki YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Fakat evli ve bekar/boşanmış/dul gruplarının, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Bu sonuca göre, evli bireylerin bekar/boşanmış/dul bireylerden daha fazla bakımdan memnun kaldıkları görüldü. Küçük (1999) yaptığı çalışmada, evli ve çocuklu olan bireylerin YBÜ'ne diğer bireylere göre daha fazla uyum sağladıklarına işaret etmektedir. Literatür bilgisi doğrultusunda, evli ve çocuklu olma durumunun iyileşme motivasyonunu olumlu yönde etkileyerek kötümser deneyimlerin az yaşanmasına neden olduğu söylenebilir. (Küçük 1999; Wang ve ark. 2008). Bu çalışmanın medeni duruma ilişkin verisi Küçük (1999)'ün araştırma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumuna göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$). Öte yandan her bir eğitim grubunun YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları sayısal olarak incelendiğinde; çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçeklerinde en yüksek puan ortaöğretim mezunu bireylerde, kötümser deneyimler alt ölçeğinde en yüksek puan yükseköğretim ve üstü mezunu bireylerde, bakımdan memnuniyet alt ölçeğinde ise en yüksek puan okur-yazar

olmayan bireylerde görüldü (Tablo 4.3.1). Bu sonuçlara göre, araştırma kapsamına alınan yükseköğretim ve üstü bireylerin YBÜ'deki bakımdan beklentilerinin diğer eğitim grubundaki bireylerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Sarp ve Tükel (1999), hasta memnuniyeti konusunda yaptıkları bir çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların hemşirelerden beklentilerinin arttığını belirtilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalar daha yüksek standart beklendiklerinden dolayı daha az memnun olabilmektedir. Carr-Hill (1992), Ercan ve ark. (2004), Esatoğlu (1996), Özer ve Çakıl (2007), Özmen (1990)'nin eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeyinin düşük olduğunu belirledikleri çalışmalar; bu araştırmanın istatistiksel anlamlılık taşımamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça bakımdan memnuniyet puanlarının düşmesi bulgusunu desteklemektedir.

Meslek gruplarına göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$). Bununla birlikte mesleği işçi olan bireylerde çevrenin farkında olma alt ölçek puan ortalamasının en yüksek, serbest meslek sahibi bireylerde deneyimlerin hatırlanması ve kötümser deneyimler alt ölçekleri puan ortalamalarının daha yüksek, emekli olan bireylerde ise bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.1). Aslında meslek/uğraş türü değil mesleğin/uğraşın yapılamaması ile ilişkili kaygıların, YBÜ'deki bireylerin üniteye uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir. Literatür incelendiğinde de; mesleğe bir süre ara vererek rol performanslarında değişim olması, YBÜ'deki bireylerde kaygı düzeylerini arttırarak stres, endişe ve ümitsizlik gibi olumsuz deneyimler yaşamalarına neden olduğu belirtilmektedir (Hofhuis ve ark. 2008; Hughes ve ark. 2005). Bu literatür bilgisi, araştırmada mesleğin türünün yoğun bakım deneyimini etkileyen bir faktör olmamasını desteklemektedir.

Sağlık güvencesine göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$). Öte yandan her bir sağlık güvencesi grubunun YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları sayısal olarak incelendiğinde; ücretli bireylerde çevrenin farkında olma ve deneyimlerin hatırlanması alt ölçek puan ortalamalarının en yüksek, sağlık güvencesi bağ-kur olan bireylerde kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamasının en yüksek, sağlık güvencesi emekli sandığı olan bireylerde ise bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1). Nesanır ve Dinç (2008)'in hasta deneyiminde oldukça önemli olan

memnuniyeti, sağlık güvencesinin etkilemediğini ifade ettiğine ilişkin sonucu, bu araştırmanın sosyal güvencenin deneyim üzerindeki etkisini gösteren sonuç ile paralel niteliktedir.

Gelir durumunun YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1). Ercan ve ark. (2004), gelir düzeyi arttıkça hastaların memnuniyet düzeylerinin azaldığını; öte yandan Özer ve Çakıl (2007), ekonomik durumun sağlık kuruluşlarından memnuniyeti etkilemediğini ifade etmektedirler. Sonuç olarak, gelir durumunun deneyim üzerindeki etkisi araştırmanın yapıldığı örneklem grubuna, zaman dilimine vb. etmenlere göre farklılıklar gösterebilmektedir.

Yoğun bakım ünitesine yatış şeklinin, kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılıkla etkilediği belirlendi ($p<0.01$). Diğer bir deyişle YBÜ'ne plansız yatan bireylerin, yatışı planlı olanlardan daha fazla kötümser deneyimler yaşadıkları saptandı. Öte yandan YBÜ'ne planlı kabul edilen bireylerin, yatışı plansız olanlardan daha fazla bakımdan memnun kaldıkları belirlendi. Ayrıca her iki grubun, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkta, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlılık bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.3.2). Bireyler, yaşamı tehdit eden çok acil durumlarda (kardiyak/solunum arresti, sepsis, çoklu organ yetmezliği vb.) YBÜ'ne plansız olarak kabul edilmektedir (Balcı ve ark. 2006). Başlı başına kriz nedeni olan bu durumlarda YBÜ'deki hasta bireye pek çok yaşam destek sistemlerini (hemodiyaliz, karaciğer destek tedavisi, MV tedavisi vb.) içeren bakım ve tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (Şentürk 2008). Bu uygulamalar sırasında bireylerin bir çok olumsuz deneyimler yaşayabildiği ve dolayısıyla da verilen bakımdan memnun kalmadıkları belirtilmektedir (Carr 2007; Magarey ve McCutcheon 2005; Wang ve ark 2008). Buna göre YBÜ'ne plansız kabul edilen bireylerin daha fazla kötümser deneyimler yaşaması ve bakımdan memnun kalmaması plansız yoğun bakım deneyimi sürecinin doğal sonucudur.

Mekanik ventilasyona bağlanma durumunun, çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) ve MV'a bağlanmayan bireylerin bağlanana göre daha çok çevrenin farkında oldukları saptandı (Tablo 4.3.2). Yoğun bakım ünitesinde MV desteği alan bireylerin genellikle birtakım ilaçlarla

uyutulduğu ve bu nedenle buldukları ortamın farkında olmadıkları belirtilmekte, (Akıncı ve ark. 2007; Axell ve ark. 2002; Samuelson ve ark. 2006) bu durum araştırmadaki MV'a bağlanma durumu ve çevre farkındalığına ilişkin sonuçları açıklamaktadır.

Mekanik ventilasyonda kalma süresinin kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) dolayısıyla MV'da 24 saatten fazla kalan bireylerin, MV'da 24 saat ve daha az kalan bireylere göre daha fazla kötümser deneyimler yaşadıkları saptandı. Öte yandan MV'da kalma süresinin bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamalarını ileri derecede etkilediği görüldü ($p<0.01$). Mekanik ventilasyonda kalma süresi uzadıkça bakımdan memnuniyetin azaldığını (Tablo 4.3.2) Akın ve Arıboğan (2006), Hughes ve ark. (2005), Samuelson ve ark. (2006) belirtmektedirler ve dolayısıyla araştırmanın bu verisini desteklemektedir.

Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumunun YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2). Bu veri, literatürde yer alan, MV desteğinin farkında olan bireylerin entübasyon tüpünden ve MV cihazının alarmlarından rahatsız olduklarını, korku ve endişe yaşadıklarını, susuzluk hissettiklerini belirten çalışmalarla benzerlik göstermemektedir (Akın ve Arıboğan 2006; Hofhuis ve ark. 2008; Wong ve Arthur 2000).

Yoğun bakımda kalma süresinin kötümser deneyimler ve bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği bulundu. Öte yandan yoğun bakımda kalma süresi ile çevrenin farkında olma ($p<0.05$) ve bakımdan memnuniyet ($p<0.01$) alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişkiye rastlandı (Tablo 4.3.2). Küçük (1999), koroner YBÜ'de yaptığı bir çalışmada YBÜ'de kalış süresi arttıkça hastanın uyum düzeyinin arttığını ifade etti. Bu çalışmada Küçük (1999)'ün bu bulgusunu desteklemeyen bir sonuç bulundu. Aslında YBÜ'de kalış süresi, hastalık süreci ve kötü sağlık durumları ile yakından ilişkilidir (Chenaud ve ark. 2006). Dolayısıyla YBÜ'de uzun süre kalan hastaların sağlık durumları kötüdür ve bu durum bilinç düzeyine yansımakta, bulanık ya da kapalı bilinç düzeyi de çevre farkındalığını azaltmaktadır (Granja 2005). Bu çalışmadaki yoğun bakımda kalma

süresinin çevre farkındalığına ve bakımdan memnuniyetsizliğe neden olması bu literatür bilgileri ile açıklanabilir.

Bireylerin daha önceki yoğun bakım deneyimlerinin, YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Oysa deneyimler, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerlerle ilişkili karmaşık bir kavramdır. Dolayısıyla hastanın beklentileri, sağlık bakımı ile ilgili deneyimlerine bağlı olarak değişebilmektedir. Çünkü daha önce hastane deneyimi olan bireyler bu sırada sağlık bakım hizmeti verenler ile ve sağlık bakım ortamı ile etkileşmektedir. Bu etkileşmenin sonucunda edindikleri bilgiler, beklentilerini ve yaşayacakları deneyimleri belirlemektedir (Carr-Hill 1992; Yılmaz 2001). Özmen (1990), Yılmaz (2000) çalışmalarında hastane deneyimi olan hastaların hastane deneyimi olmayan hastalara göre memnuniyet puan ortalamalarının düşük olduğunu belirlediler. Sonuç olarak; bu çalışmada daha önceki yoğun bakım deneyimi, YBDÖ'nin alt ölçekleri puanlarını etkileyebileceği düşünüldü. Fakat yukarıdaki literatür ile paralellik göstermeyen bir sonuç elde edildi.

Bireylerin YBÜ'den taburcu oldukları yerlere göre YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2). Bireylerin sağlık bakımı deneyimlerini hizmet aldıkları kurumlar etkileyebilmektedir (Ercan ve ark. 2000; Nesanır ve Dinç 2008; Özer ve Çakıl 2007). Bu çalışmada, araştırma kapsamındaki bireylerin tümü bakım ve tedavi gördükleri YBÜ'sinin bulunduğu hastanenin diğer kliniklerine taburcu/transfer edildi ve elde edilen sonuçta bu durumun etkili olduğu düşünüldü.

Bireylerin YBÜ'ye kabul sırasındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nün çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ters yönlü istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Bireylerin YBÜ'den taburcu/transfer anındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nün çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ise ileri derecede istatistiksel anlamlılık taşıyan ters yönlü bir ilişki bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4.3.2). Yoğun bakım ünitesindeki bireyin sağlık durumunun bir göstergesi olarak kabul edilen APACHE II yoğun bakım deneyimlerini araştıran çalışmaların bir çoğunda kullanılmaktadır (Knaus ve ark. 1985; Balcı ve ark. 2005).

Yoğun bakıma kabul edilen bireylerin APACHE II puanlarının nispeten düşük olması, o bireylerin sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla YBÜ’de sağlık durumu iyi olan bireyler genelde bilinci açık olan ve sedasyon almayan bireylerdir. Bu nedenle bu bireylerin çevre farkındalık puanları da yüksek olmakta, bakımdan memnuniyetleri de artmaktadır. Taburcu/transfer anındaki APACHE II puanlarının düşük olması ise, bireylerin YBÜ’deki bakım ve tedavilerinin tamamlanarak sağlık durumlarının iyileştiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda APACHE II puanlarının bireylerin yoğun bakım deneyimlerini etkilediği ve bireylerin olumlu deneyimler yaşamasına neden olduğu belirtilmektedir (Hofhuis ve ark. 2008; Rattray ve ark. 2004; Wallen ve ark. 2008). Sonuç olarak, bu çalışmadaki veriler literatür tarafından desteklenmektedir.

Bireylerin YBÜ’de kaldıkları oda tipinin YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.3.3). Yoğun bakım ünitesinde tek kişilik odada kalan bireylerin kendilerini yalnız hissettikleri, iletişim kurmada güçlük yaşadıkları, korktukları ifade edilmektedir (Fredriksen ve Ringsberg 2007). Bu literatür bilgisine göre tek kişilik odada kalan bireylerin daha fazla kötümser deneyimler yaşayabilecekleri varsayıldı. Fakat literatür ile paralellik göstermeyen bir sonuç elde edildi.

Yoğun bakımda kaldıkları süre içinde ölen başka bir hasta görme durumunun bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği belirlendi ($p<0.05$). Yoğun bakım ünitesinde ölen başka bir hasta görmeyen bireylerin bakımdan daha fazla memnun oldukları görüldü (Tablo 4.3.3). Yoğun bakımdaki bireylerin ölüm olgusunu doğrudan gözlemleyerek ya da haberdar olarak yaşaması kendi ölüm gerçeği ile yüzleşmesine neden olabilmektedir (İnci ve Öz 2009; Kaya 2008b). Bu literatür bilgisi ışığında, YBÜ’deki bireyin üniteye kaldığı sürece ölüm olgusunu gözlemlemek zorunda kalması, bakımdan daha az memnun olmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla ölüme tanıklık etme olgusunun, YBÜ’deki bireylerin deneyimlerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Elde edilen bu veriler ile bazı özelliklerin yoğun bakım deneyimlerini etkilediği görülmektedir. *Dolayısıyla bu bulgular doğrultusunda, araştırmanın son sorusu da yanıtlandı.*

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırma kapsamına alınan bireylerin %51.7'sinin (n=62) erkek, yaş ortalamasının 45.95 yıl (SS=13.87), %82.5'inin (n=99) evli, %55.0'nın (n=66) ilköğretim mezunu, %37.5'inin (n=45) ev hanımı, %62.6'sının (n=75) sağlık güvencesinin sağlık bakanlığı olduğu ve %57.5'inin (n=69) gelir durumunun giderlerini karşılamadığı belirlendi.
- Bireylerin %70.0'inin (n=84) YBÜ'ne planlı şekilde kabul edildiği, YBÜ'ne kabul edilen bireylerin %94.2'sinin (n=113) YBÜ'de 10 gün ve daha kısa süre kaldığı, öte yandan yoğun bakımda kalma süresi ortalamasının 2.84 gün (SS=4.00) olduğu saptandı.
- Bireylerin %83.3'ünün (N=100) MV'a bağlandığı saptandı. Mekanik ventilasyona bağlanma şekli, seçeneklere birden fazla yanıt verildiğinden, yüzdeler n üzerinden hesaplanarak belirtildi. Buna göre endotrakeal tüp yolu ile MV'a bağlanan bireylerin sıklığı %99.0 (n=99) iken, trakeostomi tüpü ile bağlanma sıklığı %4.0 (n=4), girişimsel olmayan yüz maskesi ile bağlanma sıklığı %2.0 (n=2) ve BİBAP, CPAP vb. cihazlarla bağlanma sıklığı ise %6.0 (n=6) olarak belirlendi.
- Mekanik ventilasyona bağlanan (n=100) bireylerden %62.0'nın (n=62) MV deneyiminin farkında olduğu bulundu.
- Araştırma kapsamına alınan bireylerin, YBÜ'deki bakım ve tedavileri tamamlandıktan sonra, önemli bir bölümünün (%40; n=48) genel cerrahi kliniklerine transfer edildiği saptandı.
- Bireylerin %24.2'sinin (n=29) daha önce yoğun bakımda kaldığı, yanı sıra daha önce yoğun bakımda yatmış (n=29) bireylerin %86.2'sinin (n=25) en az 1 kez YBÜ'de yatışı deneyimledikleri belirlendi.
- Bireylerin YBÜ'ne kabulleri sırasındaki APACHE II puan ortalamasının 19.30 (SS=7.61), YBÜ'den taburcu olurken APACHE II puan ortalamasının 10.16 (SS=4.74) olduğu saptandı.

- Bireylerden %93.3'ünün (n=112) YBÜ'de çok kişilik genel odada kaldığı, %25'inin (n=30) YBÜ'de kaldıkları süre içinde ölen başka bir hasta bireyi gördüğü saptandı. Ölen başka hasta bireyi gördüğünü ifade eden (n=30) olguların %73.4'ü (n=22) bu olayı bir kez deneyimlediğini, %20.0'si (n=6) bu olayı iki kez deneyimlediğini söyledi.
- Bireylerin YBDÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; çevrenin farkında olma alt ölçeğinin puan ortalamasının 21.38 (SS=3.45), yoğun bakım deneyimlerinin hatırlanması alt ölçeğinin puan ortalamasının 12.07 (SS=3.03), kötümser deneyimlerin puan ortalamasının 15.64 (SS=4.49), bakımdan memnuniyet alt ölçeğinin puan ortalamasının 13.72 (SS=3.09) olduğu belirlendi.
- Bireylerin YBDÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların birbiri ile ilişkisi incelendiğinde; bireylerin çevrenin farkında olma puanları ile bakımdan memnuniyet puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p<0.05$). Ayrıca bireylerin kötümser deneyim puanları yükseldikçe bakımdan memnuniyet puanlarının düştüğü ve dolayısıyla kötümser deneyimler alt ölçeği ile bakımdan memnuniyet alt ölçeği puanları arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($p<0.01$).
- Cinsiyetin YBDÖ'nin alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği ($p>0.05$) ve kadın ile erkeklerin YBDÖ'nin alt ölçek puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu saptandı.
- Yaş gruplarına göre YBDÖ'nin alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Ayrıca yaş ile YBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendi ve aralarında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişkinin olmadığı belirlendi ($p>0.05$).
- Medeni durumun, bakımdan memnuniyet dışındaki YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Fakat evli ve bekar/boşanmış/dul gruplarının, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasında evli grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).

- Eğitim durumuna, meslek gruplarına, sağlık güvencesine ve gelir durumuna göre YBDÖ alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanamadı ($p>0.05$).
- Yoğun bakım ünitesine yatış şeklinin, kötümser deneyimler alt ölçeği puan ortalamasını istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılıkla etkilediği belirlendi ($p\leq 0.01$). Ayrıca her iki grubun, bakımdan memnuniyet alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkta, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlılık bulundu ($p<0.001$).
- Mekanik ventilasyona bağlanma durumunun, çevrenin farkında olma alt ölçeği puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) ve MV'a bağlanmayan bireylerin bağlananlara göre daha çok çevrenin farkında oldukları saptandı.
- Mekanik ventilasyonda kalma süresinin kötümser deneyimler alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği ($p<0.05$) dolayısıyla MV'da 24 saatten fazla kalan bireylerin, MV'da 24 saat ve daha az kalan bireylere göre daha fazla kötümser deneyimler yaşadıkları saptandı. Öte yandan MV'da kalma süresinin bakımdan memnuniyet alt ölçek puanlarını çok ileri derecede etkilediği görüldü ($p<0.01$).
- Mekanik ventilasyonda kalma süresi ile YBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde, MV'da kalma süresi ile çevrenin farkında olma alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), MV'da kalma süresi ile deneyimlerin hatırlanması, kötümser deneyimler, bakımdan memnuniyet puanları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).
- Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumunun yoğun bakım deneyimi alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$).
- Yoğun bakımda kalma süresinin kötümser deneyimler ve bakımdan memnuniyet alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği bulundu ($p<0.05$). Öte yandan yoğun bakımda kalma süresi ile çevrenin farkında olma ($p<0.05$) ve

bakımdan memnuniyet ($p<0.01$) alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişkiye rastlandı.

- Bireylerin daha önceki yoğun bakım deneyimlerinin, YBDÖ alt ölçek puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$).
- Bireylerin YBÜ'den taburcu oldukları yerlere göre YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$).
- Bireylerin YBÜ'ne kabul sırasındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nin çevrenin farkında olma, deneyimlerin hatırlanması ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ters yönlü istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulundu ($p<0.05$).
- Bireylerin YBÜ'den taburcu/transfer anındaki APACHE II puanları ile YBDÖ'nin çevrenin farkında olma ve bakımdan memnuniyet alt ölçekleri puanları arasında ileri derecede istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişki bulundu ($p<0.01$).
- Bireylerin YBÜ'de kaldıkları oda tipinin YBDÖ alt ölçekleri puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği saptandı ($p>0.05$).
- Yoğun bakımda kaldığı süre içinde bireyin ölen başka bir hasta görme durumunun bakımdan memnuniyet alt ölçeği puanlarını istatistiksel anlamlılıkla etkilediği belirlendi ($p<0.05$).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda; bireye, bakım veren sağlık ekibi üyelerine ve YBÜ ortamına ilişkin öneriler şunlardır:

Bireye özgü öneriler:

- Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bireylerin yaş, cinsiyet gibi bireysel ve hastalık durumu özellikleri dikkate alınarak bireye özgü hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması; evli olmayan bireylere psikolojik yönden biraz daha fazla destek olunmasının sağlanması,
- Yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan bireylere önceden YBÜ ve bu üniteye yapılan bakım ve tedavi uygulamaları hakkında bilgi verilmesi, bunun için kurum tarafından YBÜ'ne yönelik tanıtıcı kitapçıkların hazırlanması,

- Bilinci açık ya da kapalı, sedatize edilen tüm bireylere YBÜ’de yapılan bakım ve tedavi işlemlerinin açıklanması,
- Bireylerin YBÜ’ne uyumunu kolaylaştırıcı girişimlerin planlanması ve uygulanması, örneğin; YBÜ’de sıklıkla uygulanan MV tedavisi ile ilişkili görülebilecek olumsuz deneyimleri engelleyici önlemlerin alınması,
- Bireylere YBÜ’de kaldıkları sürece korku ve endişelerini giderecek şekilde psikolojik destek sağlanarak olumsuz deneyimler yaşamalarına engel olunması,
- Özellikle bilinci açık olan bireylerin YBÜ’de iken, yakınları ile daha fazla zaman geçirmesinin sağlanması ve bunun için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Yoğun bakım ünitesinde bireylerle sürekli iletişim kurulması, bunun için değişik iletişim yöntemlerinin geliştirilmesi,
- Hastalık durumu gözönünde bulundurularak mümkün olan durumlarda, sağlık ekibi üyelerinin eşliğinde belirli zamanlarda, kısa süreliğine bireyin YBÜ’den çıkartılarak motivasyonunun sağlanması,
- Bireyin YBÜ’den başka birimlere transferi ya da taburculuğu sırasında çevre değiştirme stresi yaşamasının engellenmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde ölen bir hasta birey olduğunda, diğer hasta bireylerin bu durumdan haberdar olmalarının engellenmesi,
- Bireylere uygulanan tüm bakım ve tedavi girişimleri sırasında bireylerin mahremiyetine özen gösterilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi gören bireylerin, yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde bağımlılıktan bağımsızlığa geçişlerinin kolaylaştırılması,

Bakım veren sağlık ekibi üyelerine yönelik öneriler:

- Yoğun bakım ünitesinde çalışacak tüm sağlık ekibinin oryantasyon eğitiminden geçirilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm sağlık ekibinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hasta bireylere yaklaşımlarının gözden geçirilerek bu konudaki eksikliklerinin giderilmesi,

- Yoğun bakım ünitesinde hemşireler arasındaki bakım birliğini sağlaması adına bakım protokollerinin geliştirilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinden taburcu ya da transfer edilen bireylere bakım veren sağlık ekibi üyelerinin de eşlik etmesinin sağlanması,
- Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım hemşireleri tarafından belli aralıklarla ziyaret edilerek bakımın sürekliliğinin sağlanması; bunun için uygun hemşirelerin seçilerek bu konuda yetiştirilmesi; ziyaretçi yoğun bakım hemşireliği modelinin geliştirilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık ekibi üyelerinin motivasyonunu geliştirici uygulamaların ve kaynakların gündeme getirilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm sağlık ekibi üyelerinin bakım ve tedavi uygulamaları konusundaki teknolojik gelişmelerden haberdar edilmesi, ekibin eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması,
- Yoğun bakım ünitesinde kriz yönetimi için toplantıların düzenlenmesi,

Yoğun bakım ünitesi ortamına yönelik öneriler:

- Yoğun bakım ünitelerinin hem sağlık ekibi üyelerinin hem de hasta bireylerin tüm gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde yeniden yapılandırılması,
- Hemşirelik uygulamaları sırasında hasta bireylerin kişisel gereksinimleri doğrultusunda bakım planları yapılmasının sağlanması, bu konuda gerekli formların ve kontrol listelerinin hazırlanması,
- Bireylerin yoğun bakım deneyimlerini olumsuz şekilde etkileyebilecek YBÜ ortamındaki olumsuz etmenlerin (gürültü, ışıklandırma, ısı, kötü kokular vb.) gözden geçirilerek bu etmenlerin ortadan kaldırılmasının sağlanması,
- Yoğun bakım ünitesindeki çok kişilik genel odada kalan bireylerin bakım ve tedavi uygulamaları sırasında birbirlerini görmelerinin ve bireylerin YBÜ'de ortaya çıkabilecek olumsuz durumlardan etkilenmesinin engellenmesi yönünde ünitenin düzenlenmesi,
- Yoğun bakım ünitesindeki tüm hasta yatak başı ünitelerinin sağlık ekibi üyelerinin görebileceği şekilde yerleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akgül, A. (2003). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”*. (2.baskı), Ankara: Emek Ofset, 382-390.
2. Akın, Ş. ve Arıboğan, A. (2006). Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*, 14(4), 232-236.
3. Akıncı, S. B., Kanbak, M., Güler, A., Canbay, Ö. ve Aypar, Ü. (2007). Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, 35(5), 320-328.
4. Akpolat, T. (2003). Diyaliz. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 117-126.
5. Akyol, A. D. (2006). Yoğun bakımda stafilokok enfeksiyonları ve kontrol önlemleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2), 26-35.
6. Araich, M. (2001). Roy’s adaptation model: demonstration of theory integretion into process of care in coronary care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 7, 23-35.
7. Arı, A. (2003). Klinikte mekanik ventilasyon uygulamalarında sorun giderme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 24-30.
8. Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M. ve Karakaş, G. (2005). Beck bilişsel içgörü ölçeği Türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 8, 186-196
9. Aştı, T. (2003). Bakım teknolojisinde yenilikler. *IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, Antalya.
10. Axell, A.I.R. G. Malmros, C. W., Belgrom, I. L. ve Lundberg, D. B. A. (2002). Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46, 726-731.
11. Babadağ, K. (1997). Yoğun bakım birimlerinde etik sorunlar ve yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 13-15.

12. Bacakoğlu, F. (2002). Temel invaziv mekanik ventilasyon uygulama yöntemleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2(4), 215-224.
13. Badır, A. ve Aslan, E. F. (2003). Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun: ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 100-108.
14. Balcı, C., Sungurtekin, H., Gürses, E. ve Sungurtekin, U. (2005). Septik ve nonseptik hastalarda APACHE II, APACHE III, SOFA skorumla sistemleri, trombosit düzeyleri ve mortalite. *Ulusal Travma Dergisi*, 11(1), 29-34.
15. Beğer, T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4), 244-253.
16. Bekleyen, O. ve Aydın, M. (2009, 30 Temmuz). Tek kuvöz iki cana yetmedi. *Milliyet*, sf 3.
17. Birol, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (8. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık.
18. Carpenito, L. J. (1999). *Handbook of Nursing Diagnosis*. (8th Eds.). Philadelphia: Lippincott Company.
19. Carr, J. (2007). Psychological consequences associated with intensive care treatment. *Trauma*, 9, 95-102.
20. Carr-Hill, A. R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14(3), 236-249.
21. Chenaud, C., Merlani, P., Luyasu, S. ve Ricou, B. (2006). Informed consent for research obtained during the intensive care unit stay. *Critical Care*, 10(6), 2-8.
22. Clive, D. M. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Diyaliz Tedavisi. İçinde Özcengiz D (Çev.Ed). *Yoğun Bakım El Kitabı*. (3. baskı), Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 376-381.
23. Craven, R. F. ve Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. (3rd ed), New York.
24. Çakar, N. (2003). Perkütan Trakeotomi. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 17-19.
25. Çakır, B. (2002). *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi dahiliye yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların mortalite risklerinin matematiksel modellenmesi ve*

Apache II risk puanlama sisteminin geçerlilik (valitite) analizi. Hacettepe Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

26. Çelik, S. (2003). Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde nozokomiyal enfeksiyonlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 38-44.
27. Çelik, S. (2006). Mekanik ventilasyonda hasta bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2), 19-25.
28. Çelik, S. ve Aksoy, G. (2006). Yoğun bakım hastalarında pozisyon değişimi ve sırt masajının arteryel kan gazları, kalp hızı, kan basıncı üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2), 7-13.
29. Çelik, S. ve Kanan, N. (2003). Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda hastane içi taşınmaya bağlı komplikasyonların önlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 96-99.
30. Çelik, S., Öztekin, D., Akyolcu, N. ve İşsever, H. (2005). Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 102-106.
31. Çoker, A. (2006). İmmunonutrisyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 40-44.
32. Dedeli, Ö. ve Akyol, A. D. (2005). Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 20-27.
33. Demir, Y., Korhan, E., Eşer, İ. ve Khorshid, L. (2009). Yoğun Bakım Deneyim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-11.
34. Demirkıran, O. (2007). Ventilatörden ayırma (“weaning”) yöntemleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 5(1), 86-91.
35. Deveci, F. ve Deveci, S. E. (2002). Noninvaziv pozitif basınçlı mekanik ventilasyon. *Solunum Hastalıkları*, 13, 56-61.
36. Deveci, F. ve Muz, M. H. (2001). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı akut solunum yetmezliğinde noninvaziv mekanik ventilasyon. *Solunum Hastalıkları*, 12, 329-334.

37. Dilek, A. (2008). Weaningde noninvaziv ventilasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(3), 44-51.
38. Doğanay, Z. (2003). Yoğun Bakım Hastasının Transportu. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 127-133.
39. Eisendrath, S. J. ve Chamberlain, J. R. (2004). *Current. Yoğun Bakım ve Tedavi: Psikiyatrik Problemler*. Çev: E. Eşel, (2. baskı), Ankara: Güneş Kitabevi, 466-477.
40. Ercan, İ., Ediz, B. ve Kan, İ. (2004). Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 161-167.
41. Erdem, E. ve Karakoç, F. (2008). Çocuklarda noninvaziv ventilasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(3), 20-25.
42. Erdemir, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (7. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
43. Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. ve Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 104-109.
44. Erefe, İ. (2002). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset, 169-188.
45. Erol, Ö. ve Enç, N. (2009). Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1), 24-31.
46. Esatoğlu, E. A. ve Ersoy, K. (1996). *Hasta tatmininin ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, 61-71.
47. Fredriksen, S. T. D. ve Ringsberg, K. C. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 124-131.

48. Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A. ve Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), 96-109.
49. Griffiths, R.D., Jones, C. (1999). ABC of intensive care:Recovery from intensive care. *BMJ*, 319, 427-429. Erişim03.03.2009, <http://bmj.com/cgi/content/full>.
50. Güler, T. (2002). Prosedür ve Teknikler. İçinde Özcengiz D (ev.Ed). *Yoğun Bakım El Kitabı*. (3. baskı), Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 10-37.
51. Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475-479.
52. Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, Rommes, J. H. ve Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 300-313.
53. Hughes, F., Bryan, K. ve Robbins, I. (2005). Relatives' experience of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 23-30.
54. Hupcey, J. E. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 206–212.
55. İlgün, S. ve Ovayolu, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen hastane enfeksiyonları ve alınması gereken önlemler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 14-19.
56. İltuş, F. ve Akyol, A. D. (2005). Dahili yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 35-40.
57. İnci, F. ve Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
58. İsbir, G. G. ve Mete, S. (2009). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 75-86.

59. Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G. ve Skirrow, P. (2001). Memory, delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29, 573-580.
60. Kahveci, F. (2008). Yoğun bakım hastalarında ateş-hipotermi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 7-12.
61. Kanan, N. (1998). Kritik durumdaki hastanın transferi. *Yoğun Bakım*. 2(1), 40-44.
62. Kaya, H. (2004). Yoğun bakım ünitesinde yatan spinal kord yaralanmalı hastaların hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 32-37.
63. Kaya, N. (2002). *Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişki yaşam kalitesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
64. Kaya, N. (2003). Yoğun bakım ünitesinden hastanın taburcu edilmesinin planlanma ve uygulaması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 109-115.
65. Kaya, N. (2008a). Yaşam Modeli. İçinde K. Babadağ, T. Aştı, Atabek (Eds.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 1-7.
66. Kaya, N. (2008b). Ölüm Sürecinde Bireyin Bakımı. *IV. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi*, Antalya
67. Keshava, A., Benwich, A., Stewart, P., Pilley, A. (2007). A nonsurgical means of fecal diversion: the zassi bowel management system. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons*, 50, 1017- 1022.
68. Khorshid, L. ve Demir, Y. (2006). Yoğun bakımda mekanik ventilasyon tedavisi süresince hastalar ile yaşanan iletişim sorunları. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 5, 11-15.
69. Knaus, W. A., Zimmerman, J. E. ve Wagner, D. P. (1981). APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Critical Care Medicine*, 9, 591.
70. Knaus, W. A., Draper, E. A. ve Wagner, D. P. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-29.

71. Kocamanoğlu, İ. S. (2003). Yoğun Bakımda Anestezi Uygulamaları. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 93-116.
72. Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Küçük ölçekli işletmelerde çalışma koşulları ve işçilerin gündüz uykululuk durumu ile ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 1-15.
73. Kolbakır, F. (2003). Hemofiltrasyon. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 70-73.
74. Korfalı, G. (2008). Yoğun bakımda diyare - konstipasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 51-55.
75. Köksal, G. M. (2007). Deliryum. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 5(1), 27-30.
76. Küçük, L. (1999). Myokart infarktüsü geçiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin umut düzeylerine ve yoğun bakımda kalış sürelerine etkisi. *Yoğun Bakım*, 3(2), 65-71.
77. Lapinsky, S. E. (2009). Gebelikte Yoğun Bakım. İçinde K. Akpir, S. Tuğrul (Çev.Ed), *Klinik Yoğun Bakım*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 625-637.
78. Leur, J., P., Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B. ve Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8(6), 467-473.
79. Löf, L., Berggren, L. ve Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay-3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 154-166.
80. Luce, J. M. ve Levy, M. L. (2009). Yoğun Bakımda Son-Dönem Bakım ve Tedavi. İçinde K. Akpir, S. Tuğrul (Çev.Ed), *Klinik Yoğun Bakım*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 221-223.
81. Magarey, J. M. ve McCutcheon, H. H. (2005). 'Fishing with the dead'-Recall of memories from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 344-354.
82. Misak, C. J. (2004). The critical care experience. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 170, 357-359.

83. Moral, A. R. (2003). Yoğun bakım ve etik sorunlar. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 1(3), 5-11.
84. Moral, A. R. ve Uyar, M. (2006). Yoğun bakımda nütrisyon desteği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 6-12.
85. Nesanır, N. ve Dinç G (2008). Manisa kent merkezinde yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlanan kişilerin hasta memnuniyeti düzeyi. *TAF Prev Med Bull*, 7(5), 419-428.
86. Öz, H. ve Köksal, G. M. (2006). İnvaziv mekanik ventilasyon. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(14), 89-96.
87. Özcan, P. E. (2008). Noninvaziv ventilasyon: klinik uygulama. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(3), 7-12.
88. Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen etmenler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
89. Özmen, D. (1999). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması. *II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, İzmir, 532-538.
90. Öztekin, D. ve Akyolcu, N. (2003). Yoğun bakım ünitelerinde fiziksel donanım ve planlama. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 31-37.
91. Pang, P. S. K. ve Suen, L. K. P. (2008). Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2681-2689.
92. Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., Berg, J. ve Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*, 19, 182-190.
93. Potter, P. ve Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. USA: Elsevier Company.
94. Rattray, J., Johnston, M. ve Wildsmith, J. A. W. (2004). The intensive care experience development of the ice questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 64-73.

95. Rattray, J., Johnston, M. ve Wildsmith, J. A. W. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 6, 1085-1092.
96. Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D.ve Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit-Experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 346-354.
97. Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. (1996). *A Model For Nursing Based on a Model Living*. (4th ed.). Newyork: Churcill Living Stone Publish.
98. Sabuncu, N. Gülseven, B. ve Karabacak, Ü. (1999). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Yoğun Bakım*, 3(1), 10-15.
99. Samuelson, K., Lundberg, D. ve Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med*, 32, 660-667.
100. Sarp, N. ve Tükel, B. (1999). İbn-i Sina Hastanesi'nde hasta memnuniyeti araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(3), 147-151.
101. Sekmen, K. ve Hatipoğlu, S. (1999). Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım*, 3(1), 22-26.
102. Seyhan, T. Ö. (2006). Yoğun bakımda kullanılan sedatif ve analjezik ajanlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 45-49.
103. Sungurtekin, H. (2006). Yoğun bakımda analjezi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 58-64.
104. Şahinoğlu, A. H. (Ed) (2003). Yoğun bakım etiği. İçinde *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 243-246.
105. Şentürk, E. (2008). Yoğun bakımda karaciğer destek sistemi tedavisi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(1), 25-32.
106. Taş, A., Yağız, R., Topçuoğlu, T., Koçyiğit, M., Uzun, C. ve Karasalihoğlu, A. R. (2008). Uzamış entübasyonlu hastalarda trakeotomi sonuçları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 34-37.

107. Taylor, C. Lillis, C., LeMone, P. ve Lynn, P.(2008). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. (6th ed), Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
108. Tuncer, Ü. (2002). Prosedür ve Teknikler. İçinde Özcengiz D (Çev.Ed). *Yoğun Bakım El Kitabı*. (3. baskı), Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 60-84.
109. Tür, A. (2003). Acil Hava Yolu Kontrolü ve Endotrakeal Entübasyon. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 9-16.
110. Türk, M. Ve Çakır, Ö. (2006). Bir kamu bankasında örgütsel stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Nisan-Mayıs-Haziran, 37-42.
111. Ulusoy, F. ve Görgülü, S. (2001). *Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram İlke ve Yöntemler*. (5. baskı), Ankara.
112. Ulusoy, N. ve Polat, C. (2003). Sıvı-Elektrolit Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 214-247.
113. Umuroğlu, T., İnci, F., Göğüş, Y., Doğan, V. ve Ay, B. (2006). Cerrahi yoğun bakım hastalarında ileri yaşın mortalite üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 4, 5-9.
114. Uyar, M. (2006). Mekanik ventilasyonda sedasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 65-70.
115. Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kuram ve Kavramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
116. Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L. ve Creedy, D. K. (2008). Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *American Journal of Critical Care*, 17, 534-543.
117. Wang, K., Zhang, B., Li, C. ve Wang, C. (2008). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 183-190.

118. Wong, F. Y. K. ve Arthur, D. G. (2000). Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 290-303.
119. Yaşar, M. A. (2006). Yoğun bakımda sedasyonun genel özellikleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 50-57.
120. Yava, A. ve Koyuncu, A. (2006). Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: Olgu sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 175-179.
121. Yıldız, N. ve Kanan, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 8-13.
122. Yılmaz, M. (2000). *Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
123. Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2).
124. Yücel, A. (2008). Bası Yaraları. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 73-82.

FORMLAR

EK-1

KATILIMCI ONAY BELGESİ

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, İstanbul Tıp Fakültesi Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimlerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler yoğun bakımda yatan hastaların yaşadıkları deneyimleri ortaya çıkararak yaşanan olumsuz deneyimlerin azaltılmasına yönelik hemşirelik bakım sürecinin hazırlanmasına katkıda bulunulacaktır. Araştırma, soru-cevaptan oluşan anket şeklinde olacaktır. Anket sorularına yanıt vermeniz en fazla 20 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Öğrencisi

BANU TERZİ

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-soyadı, imzası

EK-2**HASTA BİREY BİLGİ FORMU**

1. Bilgi Formu No: Tarih:
2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
3. Yıl olarak yaş:.....
4. Eğitim durumunuz: 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlköğretim
 4. Ortaöğretim 5. Yükseköğretim ve üstü
5. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar / Dul / Boşanmış
6. Mesleğiniz: 1. Memur 2. İşçi 3. Emekli
 4. Serbest meslek 5. Ev hanımı 6. Diğer
7. Sağlık Güvenceniz: 1. Emekli sandığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Yeşil kart
 4. Bağ-kur 5. Ücretli 6. Diğer
8. Gelir Durumunuz: 1. Gelir gideri karşılıyor 2. Gelir gideri karşılamıyor

Hastalık ve Yoğun Bakımla İlgili Özellikler

9. Yoğun bakıma yatış şekli:
 1. Planlı olarak (Planlanan cerrahi bir müdahale sonrası)
 2. Plansız olarak (Acil olarak/solunumsal/kardiyak arrest, vs. ile)
10. Yoğun bakımda kaldığı oda tipi:
 1. Tek kişilik oda 2. İki kişilik oda
 3. Üç kişilik oda 4. Çok kişilik genel oda
11. Mekanik ventilasyona bağlanma durumu: 1. Evet 2. Hayır
12. Mekanik ventilasyona bağlanma şekli:
 1. Endotrakeal tüp ile 2. Trakeostomi tüpü ile
 3. Girişimsel olmayan yüz maskesi ile 4. Diğer (BİBAP, CPAP vb.)
13. Mekanik ventilasyonda kalma süresi:..... / saat
14. Mekanik ventilasyon deneyiminin farkında olma/hatırlama durumu:
 1. Evet 2. Hayır
15. Yoğun bakımda kalma süresi:..... / gün
16. Yoğun bakımda kaldığı süre içinde ölen başka bir hastayı görme durumu:
 1. Evet.....kez 2. Hayır
17. Taburcu olduğu/Transfer edildiği yer:
 1. Sürekli yaşadığı yer 2. Genel cerrahi 3. Göğüs cerrahisi 4. İç hastalıkları
 5. Kadın hastalıkları ve doğum 6. Üroloji 7. Ortopedi 8. Diğer
18. Daha önce yoğun bakımda kaldınız mı? 1. Evetkez 2. Hayır
19. Yoğun bakıma kabul sırasındaki APACHE II puanı:.....
20. Yoğun bakımdan taburcu olurken APACHE II puanı:.....

EK-3

Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi- APACHE II

Parametreler	Yüksek Anormal Değer					Düşük Anormal Değer				Puanlar
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Rektal ateş (°C)	≥41	39-40.9		38.5 - 38.9°	36 - 38.4	34 35.9	32 33.9	30 - 31.9	≤29.9	
Ortalama arterial basınç - mm Hg	≥160	130 - 159	110 - 129		70- 109		50 69		≤49	
Nabız / dk	≥180	140 - 179	110 - 139		70- 109		55 - 69	40 - 54	≤39	
Solunum / dk	≥50	35 - 49		25 -34	12 - 24	10 - 11	6- 9		≤5	
Oksijenizasyon: a. FIO ₂ ≥0.5 ise AaDO ₂ b. FIO ₂ <0.5 ise PaO ₂	≥500	350 - 499	200 - 349		<200 PO ₂ >70	PO ₂ 61 -70		PO ₂ 55 -60	PO ₂ <55	
Arterial pH (eğer varsa)	≥7.7	7.6 - 7.69		7.5 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25 - 7.32	7.15 -7.24	<7.15	
Serum HCO ₃ (venöz mEq/l) (eğer kan gazı yoksa)	≥52	41 - 51.9		32 - 40.9	22- 31.9		18 - 21.9	15 - 17.9	<15	
Serum Sodyum (mEq/l)	≥180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 -149		120 - 129	111 - 119	≤110	
Serum Potasyum (mEq/l)	≥7	6- 6.9		5.5 - 5.9	3.5- 5.4	3 - 3.4	2.5 - 2.9		<2.5	
Serum Kreatinin (mg/dl) (Eğer akut yetmezlik varsa* 2)	≥3.5	2 - 3.4	1.5 - 1.9		0.6- 1.4		<0.6			
Hematokrit (%)	≥60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20 - 29.9		<20	
Beyaz küre sayısı (total/mm ³)	≥40		20 - 39.9	15- 19.9	3- 14.9		1 - 2.9		<1	
Glasgow Koma Skoru (GKS) Skor = 15 - varolan GKS puanı										

A. Toplam Akut Fizyolojik Puan (12 parametreden alınacak toplam puan), **B.** Yaş (yıl olarak) ≤44=0; 45- 54=2; 55- 64=3; 65- 74=5; ≥75=6, **C.** Kronik Sağlık Puanı

Toplam APACHE II Skoru = A+B+C

Kronik Sağlık Puanı: Eğer hasta bireyde ileri derecede organ/sistem yetmezliği varsa; aşağıdaki tanımlamalardan herhangi birine uyuyorsa, her biri için 5 puan daha alacaktır.

5: Nonopere veya acil postop hastalarda

2: Elektif postop hastalarda

Tanımlar:

- **Karaciğer:** Biyopsi ile kanıtlanmış siroz ve portal hipertansiyon, üst GIS kanamalı portal hipertansiyon, hepatic ensefalopati veya koma.
- **Kardiyovasküler:** Anjina yapan, dinlenme veya minimal egzersizle yetersizlik bulguları veren Klass IV kalp yetmezliği.
- **Solunum:** Ağır egzersiz (merdiven çıkma, ev işi vb.) kısıtlamasına yol açan kronik obstrüktif veya vasküler hastalıklar, kanıtlanmış kronik hipoksi, hiperkapni, sekonder polisitemi, respiratöre bağımlılık.
- **Renal:** Kronik diyaliz uygulaması.
- **İmmün yetmezlik:** İmmünsupresif, kemoterapi, radyoterapi, uzun süreli veya yakın zamanda yüksek doz steroid kullanımı; Enfeksiyona direnci azaltacak ilerlemiş lösemi, lenfoma veya AIDS.

APACHE II Skorunun Yorumu

Skor	Ölüm İhtimali (%)
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	25
20-24	40
25-29	55
30-34	75
>34	85

EK-4

YOĞUN BAKIM DENEYİM ÖLÇEĞİ

1. Aşağıdaki maddelerden size uygun olanın karşısına denk gelen kutucukları işaretleyiniz.

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
-----------	------------	-------	---------	--------------

1. Yoğun bakımda kendimi güvende hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

6. Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

7. Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8. Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

9. Yoğun bakımda iken yakınlarımla yokluğunu çok hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Aşağıdaki maddelerden size uygun olanın karşısına denk gelen kutucuğu işaretleyiniz.

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
------------------------	-------------	------------	--------------	-------------------------

10. Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

11. Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültülüydü.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

15. Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

16. Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Yoğun bakımda ihtiyaçlarımı karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde öleceğimi düşündüm.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

EK-5

Dear Banu,

Thank you for your email. I am pleased you wish to use the questionnaire and am delighted to give you permission to do so. Do you have a copy of the ICEQ or would you like me to send you one.

Janice

Dr. Janice Rattray
Senior Lecturer/Postgraduate Student Adviser
School of Nursing and Midwifery
University of Dundee
Ninewells Hospital
Dundee
DD1 9SY

telephone 01382 632304 ext 33848
e-mail j.z.rattray@dundee.ac.uk

EK-6

RE: "ölçekle ilgili izin"

Kimden:  **esra akın**

Gönderme tarihi:05 Mart 2009 Perşembe 06:18:48

Kime: copurbanu@hotmail.com

 1 ek

[makale.doc](#) (273,0 KB)

Ekleri karşıdan yüklerken sorun yaşıyorsanız, lütfen yeniden açın ve "Bu bilgisayarda beni anımsa" seçeneğini seçin.

[Yeniden oturum aç](#)

merhaba banu hanım. size çalışmamızın yayınlanmış metnini gönderiyorum. iyi çalışmalar...

From: copurbanu@hotmail.com

To: akinesra80@hotmail.com

Subject: "ölçekle ilgili izin"

Date: Tue, 3 Mar 2009 16:35:21 +0000

Sayın Esra Akın, merhaba

Ben yüksek lisans tezi olarak "yoğun bakımdaki hastaların deneyimleri" ni araştıracağım.

Tezimde yoğun bakım deneyim ölçeğini kullanmak için sizden izin istiyorum.

Aynı zamanda da ölçeğin sizin tarafınızdan Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan tam metnini bana gönderebilir misiniz????

Tezim için etik kurula başvuracağım, zamanım çok kısıtlı. Çalışmanıza ulaşamadım. Bana bu konuda acilen yardım ederseniz çok sevinirim. Teşekkürler.. Saygılarımla..

Banu ÇOPUR TERZİ

EK-7

Yes you certainly have my permission to use APACHE. If you would like to use the latest version, APACHE IV, you can go to this link:

http://www.cerner.com/public/Cerner_3.asp?id=27300

If this does not work go to www.cerner.com and put "APACHE" in the search box

Good luck with your work- I spent a summer in 1972 in Turkey as a fourth year medical student, helping to start a pediatric surgery service in Ankara at Hacettepe Hospital and I have fond memories of those months- Bill Knaus

On 3/27/09 11:36 AM, "banu copur" <copurbanu@hotmail.com> wrote:

Dear Knaus,

I am Banu Çopur Terzi. I am a nurse in intensive care unit, İstanbul University Medical High School Hospital/ Turkey.

And I am a student in nursing master program of İstanbul University Health Sciences Enstitü.

I want to study "experience of intensive care patients" and I want to use APACHE score my study, if you give me permission.

I want to give me permission. Thank you very much your helps.. Yours sincerely...

Banu Terzi,

Anesthzyoloji and Reanimation Department, İstanbul University Medical High School Hospital /ÇAPA-İstanbul-Turkey.

E-mail: copurbanu@hotmail.com <<mailto:copurbanu@hotmail.com>>

EK-8

Banu Hemşire Hanım Merhaba,

Yurtdisinda idim, bugun dondum ve mesajinizi ancak okuyabildim. Oncelikle calismanizda basarilar diliyorum.

Evet, dogru. Halk Sagliginda uzmanlik tezimi APACHE II skorlama sisteminin Hacettepe Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakim Unitesinde yatan hastalar uzerinde gecerlilik ve guvenilirlik analizini yaptim. Bu teze ait bilgilere YOK kutuphanesinden ulasabilirsiniz.

Webde adim ile ararsaniz,
tez2.yok.gov.tr/fmi/xsl/tez/listevedetay_liste.xsl?-db=TezVT&lay=web_arama...20...Banu%20Çakır... - 11k -

adresinde Acrobat dosyasi olarak indirilebiliyor. Ancak tez yapilali 8 yil kadar oldu ve hasta populasyonunuzun farkli oldugu olcude degisiklik gosterebilir gecerliliği. Biz tezi yaparken Hacettepede kullanilmasi dogru mu diye bakmistik, yani tum ulke boyutunda dogru olmayabilir tabii.

Tezin Turkceye cevrilmis bir hali yok. Bu bir olcek olmadigi icin Turkce cevrim yapilmasi onemli degil zaten. Test skorlamasi laboratuar degerlerine dayali oldugu icin, laboratuar ve doktor degerlendirmelerini her hasta icin bir bilgi toplama formuna gecirip, SPSS de skor hesaplamistim. İlgili bilgi formu tezde var ancak siz zaten rutinde kullanıyorsanız ve tezinizde bu testin gecerliliğini hesaplamak degil de hasta durumu ve prognozu olcutlerindne brii olarak kullanmak istiyorsanız, ek bir bilgiye gerke olmaksizin hasta icin hesaplanan skoru dogrudan kullanabilirsiniz. Sadece kullanılan tezin Turk hasta grubunda kullanilabilir oldugu konusunda bir bilgi olarak da Hacettepe hasta populasyonu icin elde edilen olcutleri sayica verebilirsiniz. Yoksa, APACHE II bir Beck depresyon olcutu benzeri bir tercume-geri tercume vb. degerlendirmesi bu konuda gerekli degil.

Dilerim bu bilgiler yararli olur.

Teziniz surecinde kolaylik ve basarilar diliyorum.

Banu Çakır

EK-9



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ ANABİLİM DALI



Kodu : B.30.2.İST.0.02.00.00

Sayı : 384

Konu :

İstanbul, 01/04/2009

Tıp Fakültesi Dekanlığına,

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan danışmanlığını Yard.Doç.Dr. Nurten KAYA'nın yaptığı Anabilim Dalımızda hemşire olarak görev yapmakta olan Banu TERZİ'nin " Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını, Anabilim Dalımız yoğun bakım ünitesinde Öğretim Üyesi Prof.Dr. Lütfi TELCİ'nin bilgisi dahilinde yapmasında sakınca yoktur.

Prof.Dr Kutay AKPİR

Anesteziyoloji Anabilim Dalı Başkanı

03.04.2009* 13950

E.K.

AYSUN

EK-10

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



SAYI : B.30.2.İST.0.02.00.01 / Yİ - 632
KONU: Banu TERZİ'nin tez çalışması hk.

12.06.2009 • 21516

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İLGİ: 13.07.2009 tarih ve 709 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Yard. Doç. Dr. Nurten KAYA'nın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Banu TERZİ'nin "İstanbul Tıp Fakültesi Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri" başlıklı tez çalışması ile ilgili 11.08.2009 tarih ve 22 sayılı Fakültemiz Yönetim Kurulu Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Biğın SAYDAM
DEKAN

EK: Yönetim Kurulu Kararı
Yerel Etik Kurul Tutanağı

İ. T. F.

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No:22

11.08.2009 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Yrd.Doç.Dr.Nurten KAYA**'nın üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire **Banu TERZİ**'nin yürüteceği 2009/1515 dosya numaralı "*Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyleri*" başlıklı anketli tez çalışması ile ilgili Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığı'nın olumlu görüş yazısı incelenmiştir.

Çalışmanın Fakültemiz Anesteziyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan **Prof.Dr.Lütfi TELCİ**'nin bilgisi dahilinde yapılmasına karar verildi.

Aslı Gibidir.


Hatice GÜNAY
Fakülte Sekreteri Vekili

ETİK KURUL KARARI

EK-11



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 13/05/2009

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 5

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Nurten KAYA'nın üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Banu TERZİ'nin yürüteceği 2009/1515 protokol numaralı "Reanimasyon Ünitesinden Taburcu Olan Bireylerin Yoğun Bakım Deneyimleri" başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzda incelendi.

Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Güher SARUHAN DİRESKENELİ

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D

Prof.Dr. Pınar SAİP

I.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU (T.Katılmadı)

Biokimya A.D

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Fatma Ceyda DÖNMEZER

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK

Hukukçu

Prof.Dr. Y. Sümer YAMANER (T.Katılmadı)

Genel Cerrahi A.D.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Banu	Soyadı	TERZİ
Doğum Yeri	İzmit	Doğum Tarihi	22.08.1976
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	39493532064
E-mail	copurbanu@hotmail.com	Tel	05327768234

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2008-
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2000
Lise	İzmit Lisesi	1993

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Hemşire	İ.Ü.İ.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD-Reanimasyon Ünitesi	1997-
2. Sorumlu Hemşire	İ.Ü.İ.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD-Reanimasyon Ünitesi	2004-2006
3. Hemşire	Özel G.O.P. Hastanesi- Çocuk Kliniği	1996

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	55	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	67.224	67.811	67.742

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi
SPSS	İyi

Sertifikaları:

- 16-17 Ekim 2009- Kalite Yönetim Sistemi Sertifikası
- 24-28 Nisan 2009- İlk Yardım Eğitimcisi Sertifikası
- Temmuz-Ekim 2008- Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası
- 31 Ocak- 25 Mart 2005- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası
- 20-24 Nisan 2005- “Sterilizasyon Kontrolü, Gaz Sterilizatörleri Çalıştırma Prensipleri ve İndikatörleri” konulu kurs sertifikası
- 16-29 Aralık 2004- Hemşirelikte Liderlik ve Yöneticilik Sertifikası
- 11-12 Haziran 2004- Hemşireler İçin Etkin İletişim Sertifikası

Yayınları:

- Terzi B., Kaya N, Aştı T. (2008). Bağırsak Yönetim Sisteminde Hemşirenin Eğitimci Rolü. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi “Uluslararası Katılımlı, Nevşehir, 22-25 Ekim 2008, Özet Kitabı, sf. 49.
- Çopur (Terzi), B. (2005). El Yıkama ve Çeşitleri. Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon Kongresi, Samsun, 20-24 Nisan 2005, Özet Kitabı.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Sinema, Tiyatro,
- Kitap okumak,
- Latin Dansları,
- Evcil Hayvanlar (Köpeği Üzüm ile oynamak).